

# 施設見学予約申込書

一般社団法人 メディポリス医学研究所  
メディポリス国際陽子線治療センター  
〒891-0304 鹿児島県指宿市東方 4423 番地  
TEL 0993-23-5188 FAX0993-24-3450

団体等の名称	
住所	
担当者名	
電話番号	
E-mail アドレス	
参加人数(予定)	人
施設見学等	第一希望 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第二希望 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
※ すでに施設見学等日時が確定している場合は「第1希望欄」へご記入ください。 ※ 施設見学につきましては、原則治療時間外となりますので、ご了承下さいませ。 (治療日は、17:00以降・土日は休診日又は点検日になりますので、事前調整が必要です) ※ 申込みされた日時に見学を承れない場合がございます。申し込みが承諾された後に予約となります。	

(予定参加申込み者 記入用紙) ※記載された個人情報、これ以外では使用いたしません。

貴社名/団体名	氏名	ご住所	ご連絡先

上記は、予定されている参加者を記入ください。 全員記入する必要はございません。