

学校団体用

→FAX:075-212-7048

看護師手配依頼書 (旅行会社用)

※看護師への情報伝達上、詳細までご記入頂きますようお願いいたします。

ご依頼日	平成 年 月 日		
貴社名			
ご担当者	様 (携帯)		
看護師手配人数	名	手配地域： <input type="checkbox"/> 出発地から同行 / <input type="checkbox"/> 現地のみ同行 ()	
		<input type="checkbox"/> 男性看護師でも可能	
◎現地受け看護師の場合、地域によっては手配不可の場合もございます。その場合は事前にご相談させていただきます。			
日程	平成 年 月 日() ~ 年 月 日()		
方面			
団体名			
学校所在地	〒 最寄駅:		
学校TEL	() -		
学年主任	先生	養護教諭	先生
打ち合せ	有 ※スケジュールの都合上、参加できない場合もあります		<input type="checkbox"/> 月 日() : ~
	無		<input type="checkbox"/> 看護師の勤務空き日に訪問 <input type="checkbox"/> TELにて事前に挨拶() 頃 <input type="checkbox"/> 当日紹介
お礼の葉書	※行程終了後に団体様にお礼の葉書を出させていただきます → (要・不要)		
前泊 ※早朝集合にて公共交通機関の利用が不可の場合は前泊をご準備下さい。	有	ホテル名	
	無	TEL	
集合時間		集合場所	
解散について	<input type="checkbox"/> AM解散(予定) ←※解散予定が 12:00 までの場合はチェックして下さい		
看護師への要望事項			

◎ご出発の10日~2週間前には担当看護師より直接ご担当者様にご挨拶の連絡を入れさせていただきます。

.....※下記太枠内(請求書)の選択もお願いします.....

請求書	<input type="checkbox"/> 団体様に直接請求書(看護師付添費用のみ)を発行する () 様宛)
	<input type="checkbox"/> 団体様に直接請求書(看護師付添費用+旅行代金)を発行する () 様宛)
	<input type="checkbox"/> 貴社ご担当者様宛に請求書を発行する(請求先は団体様名) () 様宛)
	<input type="checkbox"/> その他 ()
※事前に必ず選択をお願いします。	※上記選択の無い場合は、ご担当者様に直送させていただきます。送付先のご指定および、ご変更等がございました場合は、必ずご連絡を下さいますようお願い申し上げます。

※お手数ですが、必ず **行程表** と合わせてFAXして下さい。



株式会社アテンダントナース
 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入ル
 橋弁慶町227 第12長谷ビル9階
 TEL (075)-254-7872 / FAX (075) 212-7048

※ご依頼を確認後、弊社より速やかに『受付ました』というご連絡を入れさせていただきます。(FAXまたはお電話にて)『受付ました』という連絡がない場合は届いていない可能性もございます。その場合お手数ですが再度ご連絡をお願いいたします。