イベント用

→ FAX (075)212-7048

→ tour-an1@attendant-nurse.co.jp

看護師手配依頼書

※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。

お申込日				
貴社名				
貴社 TEL ／ FAX	TEL		FAX	
貴社所在地	〒			
			(最寄駅)	
ご担当者	フリガナ			
	様	(携帯電話)		
看護師手配人数	名	手配地域	□ 出発地から同行/ □ 現地のみ同行（ ）	
			□ 男性看護師可能	
▸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頂きます。				
開催日程				
団体名	フリガナ			
開催時間（看護師滞在時間）				
参加者	参加予定人数	年齢層	男女比	
会場（行先）				
会場所在地	〒			
			(最寄駅)	
ご担当者	フリガナ			
	様	(携帯電話) ※任意		
打ち合せ ※スケジュールの都合上参加できない場合もあります	有	□ 月 日( ) : ～		
		□ 看護師の勤務空き日に訪問（団体様と日程調整させて頂きます）		
	無	□ TELにて事前に挨拶 月 日～ 月 日頃/時間帯 頃)		
		□ 当日紹介		
前泊 ※早朝集合(7:30まで)で公共の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		
解散時間		解散場所		
看護師への要望事項				

◎ご出発の10日前後に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頂きます。

◎業務中のお食事はお客様にてご準備ください。また業務で使用する〔薬バッグ〕もお客様でご準備頂きます。

※簡易的なものであれば弊社で準備をすることも可能です。(有料)その場合はお早めにご連絡をお願いいたします。

下記太枠内（請求書）の選択もお願いいたします

請求書 ※できるだけ事前にご選択をお願いいたします。	□貴社ご担当者様宛に請求書を発行する （ 様宛）
	□その他（
	※上記選択の無い場合は、ご担当者様に直送させて頂きます。送付先のご指定にご変更等がございましたら必ずご連絡を下さいますようお願い申し上げます。

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

※お手数ですが、必ず行程表と合わせてＦＡＸして下さい。

※ご依頼を確認後、弊社より『受付ました』というご連絡を入れさせて頂きます。営業日2日を経過しても弊社よりRe Faxがない場合は、大変お手数ですが再度ご連絡をお願いいたします。