津山中央病院がん陽子線治療センター見学申込書

お申込み日　　H　年　月　日

お申込み団体名		ご住所	〒
ご担当者名		☎	－　－
		Mail	@

★現状、治療の無い土曜日（第1、3、5）の13:00～15:00までの時間内での見学で受け付けております。
尚、業務の都合上などご希望に添えない場合もございますのでご了承願います。

ご見学希望日	第１希望日	時間	第２希望日	時間
	年　月　日	午前 午後　：　～	年　月　日	午前 午後　：　～
ご参加人数 （１グループ最大15名）	人	ご見学の目的 （○をしてください）	(1)陽子線治療（センター）の概要を知りたい 2. 技術的な面を知りたい 3. 事務的な面を聞きたい 4. その他（　　）	

その他ご要望事項等ございましたら、ご記入ください。

ご見学にあたっての注意事項

1．お電話等で事前にお申込みいただいた場合でも、確認のため本申込用紙にてお申込みをお願いします。
2．上記ご希望の見学日時等によっては、ご連絡の上日時の変更をお願いする場合がございます。
3．ご参加の人数については、20名までをお願いします。20名を超える場合は、別途ご相談させていただきます。
4．施設の都合上、写真撮影については制限をさせていただきます。
5．所要見学時間については、約３０分です。ご希望によって事前にオリエンテーション（約30分）も可能です。
6．見学ルートについては、原則決まったルートをご案内させていただきます。
7．お申込内容の内、日時等の変更、又はキャンセルについては、１週間前までにご連絡願います。
8．ご見学者様のリスト提出（別紙シート「見学者名一覧」をご利用ください）をお願いします。※放射線管理区域のため。

お問合せ・ご連絡は、右記宛にお願いします。

〒708-0841　岡山県津山市川崎1756
津山中央病院がん陽子線治療センター
企画管理部　TEL.：0868-21-8111
FAX：0868-21-8200
E-mail：proton@tch.or.jp
担当　八木又は居森

センター使用欄

通番	受付日	受付部署	受付者	見学確定日時	代表者氏名	人数

入館時間	退館時間	線量	主任者氏名	印	備考