認定看護師派遣依頼書〔スタッフ勉強会、研修会専用〕

１.貴病医院名　　担当者ご氏名・職種〔　　・　　〕
住所
TEL　　FAX
連絡用メールアドレス

２．依頼したい認定看護師の分野　　ご依頼内容に☑してください

□　糖尿病看護	□　乳がん看護
□　感染管理	□　慢性呼吸器疾患
□　がん化学療法看護	□　慢性心不全
□　皮膚・排泄ケア	□　摂食・嚥下障害看護
□　救急看護	□　脳卒中リハビリテーション看護
□　がん性疼痛看護	□　訪問看護
□　緩和ケア	□　認知症看護
□　手術看護	□　がん放射線看護
□　集中ケア	□　災害看護専門

３．依頼内容（相談内容を含む）

４．希望日時
第１希望　　月　　日（　）　　：　　～　　：
第２希望　　月　　日（　）　　：　　～　　：
第３希望　　月　　日（　）　　：　　～　　：

５．参加見込み人数（予定）　　人

６．開催場所

７．プロジェクター設置　　有　　無　　プロジェクター操作用パソコン　有　　無

８．その他（ご意見、ご要望があればご記入ください）

福井赤十字病院地域医療連携課 FAX　０７７６－３６－０２４０

連絡事項

○今回担当する認定看護師より、打合せのお電話をすることがありますのでご了承ください。
○原則、プロジェクターの設置が有る機関は POWERPOINT で、それ以外の機関については紙の資料での勉強会となります。
○移動手段は自家用車を利用しますので、駐車場所（車１台分）の確保をお願いします。
○今回の派遣に関する費用は無料ですので一切の心遣いは不要です。