**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  　　□　感染管理　　　　　　　　　　□　慢性呼吸器疾患看護  　　□　がん化学療法看護　　　　　　□　慢性心不全看護  　　□　皮膚・排泄ケア　　　　　　　□　摂食・嚥下障害看護  　　□　救急看護　　　　　　　　　　□　訪問看護  　　□　がん性疼痛看護　　　　　　　□　認知症看護  　　□　緩和ケア　　　　　　　　　　□　クリティカルケア  　□　手術看護　　　　　　　　　　□　災害看護専門  　　□　集中ケア　　　　　　　　　　□　がん看護専門  □　乳がん看護 |
| 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。