

認定看護師による出前講座申込書

申し込み日	令和 年 月 日
希望日時と場所	希望日時: (可能であれば、複数の記載をお願いします)
	開催場所:
希望内容	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創傷(スキナーケア等) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> その他
依頼者連絡先	事業所名: 住所: 電話: FAX: 担当者:
上記内容を記入して頂き下記に FAX をお送りください。 担当看護師より日時や内容の調整について、折り返し連絡させていただきます。	
泰玄会病院 地域医療連携室 FAX:0586-61-2545 (電話:0586-61-2121) 担当:皮膚・排泄ケア認定看護師 笹川真弓	