手術看護相談申込書

　　年　　月　　日

和歌山県立医科大学附属病院　病院長殿

所属施設長　氏名　　　　　　　　　印

下記のとおり、手術看護認定看護師による看護相談を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | 所属部署 |  |
| 所属機関  住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | メール  アドレス |  |
| 連絡担当者 | （職位）  （氏名） | 相談者  連絡担当者と異なる場合は記載 | （職位）  （氏名） |
| 依頼内容 |  | | |
| 相談場所 | 希望にチェックしてください　　□貴院での相談　□当院での見学・相談 | | |
| 希望日時　第1 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分 | | |
| 希望日時　第2 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分 | | |
| 希望日時　第3 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分 | | |

日程・開始・終了時間については、当方と調整の上、決定いたします。