（様式１）

出張看護相談申込書

令和　　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、専門看護師・認定看護師による出張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） |
| 相談したい領域 | * 手術看護　　　　　□　感染管理　　　※希望にチェック | | |
| 依頼内容 |  | | |
| 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 | | |