専門看護師・認定看護師コンサルテーション依頼書

貴施設名		依頼日	年　　月　　日
ご住所			
TEL			
FAX			
メールアドレス			
担当者ご氏名		職種	

※コンサルテーションを希望する専門分野をご記入ください。

専門分野	
相談内容 （具体的に）	
回答方法	①　FAX　②メール　③TEL　④その他（　　）
期限	①　早急に　②1 ヶ月以内　③その他（　　月　　日頃までに）

※特定の患者に関する内容については、お答え出来ませんのでご了承ください。

◆　申し込み先　◆

杉田玄白記念公立小浜病院　看護部　FAX　0770－53－3745

メールアドレス　myoshida@obamahp-wakasa.jp