

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 mkitamura@obamahp-wakasa.jp