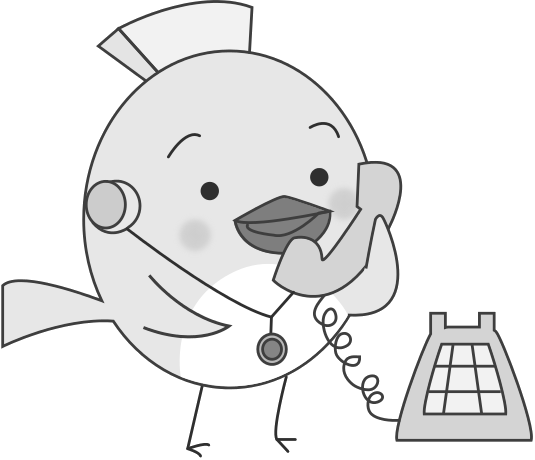
**アドバイザー派遣事業　FAX申込書**

鳥取県訪問看護支援センター　FAX № ０８５７－２４－１５３３

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  申込者氏名・職位 | 氏名：　　　　　　　　　　職位： |
| （フリガナ）  訪問看護ステーション名 |  |
| 鳥取県看護協会 | 会員　　／　　非会員 |
| 鳥取県訪問看護ステーション連絡協議会 | 会員　　／　　非会員 |
| 所在地  連絡先 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　）（FAX　　　　　　　　　　） |
| 初回開催希望日時 | 第１希望：平成　　年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |
| 第2希望：平成　　年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |
| ご相談内容  （看護実践に関する課題を出来るだけ具体的に  お願いします） |  |



訪問看護認定看護師・

皮膚排泄ケア認定看護師等

アドバイザー派遣の流れ

上記申込用紙に必要事項を記入の上、FAXでお申し込み下さい（FAX：０８５７－２４－１５３３）

上記FAXを受信後、鳥取県訪問看護支援センターから

申し込みのありましたステーション様へご連絡いたします

担当アドバイザーと日程調整をしていただきます

アドバイザーが伺い、

相談・コンサルテーションを行います

終了後は、アンケート調査にご協力下さい