初任者訪問看護師のアウトリーチ支援事業　FAX 申込書　（様式 1）

鳥取県訪問看護支援センター　FAX №. ０８５７－２４－１５３３

（フリガナ） 訪問看護ステーション名	
（フリガナ） 申込者氏名・職位	氏名：　　職位：
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　　）
初回希望日時	第 1 希望：令和　年　月　日（ ）　：　～　：
	第 2 希望：令和　年　月　日（ ）　：　～　：
ご相談内容 （管理者･初任者訪問看護師の困っていること､希望する支援内容等を具体的にお願いします）	

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

↓

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、
相談や同行訪問による支援を行います

↓

終了後は、所定の報告書の提出にご協力下さい

鳥取県訪問看護支援センター
アドバイザー等の支援の流れ