

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 No. 0857-24-1534

(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：0857-24-1534)

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

