

福岡大学筑紫病院 専門・認定看護師地域支援活動(アウトリーチ活動) 依頼書

依頼施設	施設名		住 所	
	部署名		電話番号	
	担当者		FAX番号	
	連絡可能な時間帯		mail	
	希望日時①		月 日() 時 ~ 時	
	希望日時②		月 日() 時 ~ 時	
依頼内容	領域			
	目的			
	当院かかりつけの有無	<div>□あり□なし</div> <div>* かかりつけとは、現時点で当院の医師が外来にて継続治療を行っている場合をいいます</div>		
	具体的内容	別紙(専門・認定看護師看護提供内容)を参照いただきご記載ください。		
	備考欄(要望、留意点等ありましたらご記入ください)			
連絡先 福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター(吉田・園田) 電話 092-921-1011 FAX 092-921-0910				

* 交通費(実費)のご負担をお願いしております。
* 専門・認定看護師の社会活動の実績証明のため、公文書(院長、看護部長、本人宛)の記載にご協力ください。
* 当院の入院歴または現在定期外来受診がある場合は、公文書の記載は不要です。
* ひながたがホームページにあります。