メールの場合は入力後添付ファイルにてkna43@pastel.ocn.ne.jp

Faxは096-369-3204

令和２年度

熊本県訪問看護ステーション　アドバイザー派遣事業申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **訪問看護ステーション名** | **管理者名** | **電話番号or****メールアドレス** | **アドバイズ希望の曜日や時間帯** |
|  |  |  |  |
| **アドバイズご希望内容**※支障のない範囲内で構いませんので、アドバイズご希望内容を具体的にご記入ください。 |
|  |

※お伺いさせて頂くアドバイザーのマッチングのために、熊本県訪問看護ステーションアドバイザー派遣担当がお電話等にてご連絡及び調整をさせて頂きます。

※アドバイザー派遣は基本1回（日）です。状況により再派遣は1回のみ可能です。