必要事項ご記入の後

Fax：096-285-8524　または

E-mail:kna-support@diary.ocn.ne.jp へ送信

令和4年度

訪問看護ステーション　アドバイザー派遣申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **訪問看護ステーション名** | **管理者名** | **電話番号** | **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、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。