

認定看護師相談用紙

相談内容をこちらの用紙に入力・記載しFAX送信、またはメールに添付して送信してください。

勤務状況等により、返信に時間を要する場合があります。あらかじめご了承ください。

FAX番号 : 082-565-5137 mail : cn-soudan@mazda.co.jp

(お問い合わせ電話番号 : 082-565-5014)

相談日 (*必須)		年		月		日
相談依頼ご施設名						
相談者氏名 (*必須)						
職種 (*必須)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他					
電話番号 (*必須)						
メールアドレス	*メール連絡をご希望の方のみ					
相談希望分野 (*必須)	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 勉強会などの講師依頼 (ご希望の分野にチェックを入れてください)					
相談内容 (*必須) (個人が特定されない ように注意してご記入 ください)						
連絡方法 (*必須)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール					
電話の場合 ご都合のよい曜日 と時間帯	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 曜日指定なし <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし					

マツダ病院記載欄