

年 月 日

川崎市立多摩病院
院長 長島 悟郎 様

施設名
代表者名
担当者
電話
FAX

認定看護師同行訪問依頼について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
このたび、下記領域における同行訪問を受けたくご連絡をいたしました。
ご承諾頂きたくお願い申し上げます。

記

- 1 同行訪問者： _____ (訪問看護ステーションの訪問予定看護師)
- 2 領 域： 皮膚排泄ケア
- 3 日 程： _____年 _____月 _____日 (から _____ヶ月間・月1回程度・当日のみ)
- 4 患者氏名： _____ (フリガナ _____)
- 5 生年月日： _____年 _____月 _____日

以上