FAX

|  |
| --- |
|  |

送信日時：令和　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分（24ｈ表記）

**送信枚数　　　　　　枚（本紙含む）**

↓当てはまる分野に☑してください。

**ご相談・お問い合わせ内容**

**TO.**

**感染管理　　 糖尿病看護　　　　　 がん化学療法看護**

**認知症看護　 摂食嚥下障害看護　　 皮膚排泄ケア**

**緩和ケア　　 慢性呼吸器疾患看護　 クリティカルケア**

**FROM.**

　施設名：

施設名とお名前、

連絡可能な電話番号

と時間帯をご記入ください。

　お名前：

　連絡可能な電話番号：　　　　　　　　　　　　　　（時間帯：　　　時から　　　時）

（9-16時の間で連絡の取れる時間）帯）

地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立十三市民病院　看護部　認定看護師会