FAX

送信日時：令和　　年　　月　　日　　時　　分（24ｈ表記）

TO.　　↓当てはまる分野に☑してください。

☐ **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**

送信枚数　　**枚**（本紙含む）

FROM.

施設名：

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）

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。

ご相談・お問い合わせ内容

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