　

市立大津市民病院　人事交流　専門・認定看護師の活用

相談・同行　依頼

様式3

**依頼者**

|  |
| --- |
| 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　　　連絡先： |

**1.相談・同行の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 |  |

**2.日時・方法**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日時 |  |
| 方法 | 電話相談　　メール相談　　同行訪問　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**３.所感**

|  |  |
| --- | --- |
| 所感 |  |
| 報告者名 | 分野： |

**お問い合わせ先：地方独立行政法人　市立大津市民病院・地域医療連携センター**

**FAX: 077-522-0192　MAIL：och2510@och.or.jp**