**感　染　予　防　対　策　相　談　依　頼　書**

**申込み日**　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **住所（所在地）** | 〒 |
| **代表者** | 職位： | 氏名： |
| **担当者** | 部署： | 氏名： |
| **電話番号** |  | 内線： |
| **FAX番号** |  |
| **Eメールアドレス** |  |
| 施設内に神奈川県看護協会　会員の方がいる場合は、会員氏名を1名ご記入下さい　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

 **【依頼者情報】**

**【感染予防対策訪問相談内容について】**

　　**1　訪問日**　　＊訪問相談日につきましては、余裕を持った計画案をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望 | 　　　年　　　月　　　日（　　 　）　（　　 　：　　 ～　 　：　　 ）　 |
| 第2希望 |  年　　　月　　　日（　　 　）　（　　 　：　　 ～　 　：　　 ）　 |

**２　研修方法**

ご希望の研修方法に〇を付けて下さい。（訪問時間は2時間が目安です）

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 研　修　方　法 |
|  | 　講義（　　分） |
|  | 　施設内ラウンド |
|  | 　感染対策マニュアル支援 |
|  | 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　**３　相談内容（具体的に箇条書きで記載して下さい）**



**依頼書受領後、こちらからご連絡いたします。**

神奈川県看護協会キャラクター