**感　染　予　防　対　策　相　談　依　頼　書**



**申込み日**　　2024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**

＊訪問相談日程につきましては、準備等の関係もありますので、余裕を持った計画案をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望 | 2024年　　　月　　　日（　　 　）　（　　 　：　　 ～　 　：　　 ） |
| 第2希望 | 2024年　　　月　　　日（　　 　）　（　　 　：　　 ～　 　：　　 ） |

**２　どういった内容をご希望されますか？（理由も教えて下さい）**

**３　他にご意見やご要望はありますか？**

**依頼書受領後、こちらからご連絡し、詳細を打合せいたします。**

**＊先にお電話いただいても構いません。　お気軽にどうぞ**