

## 感染予防対策相談依頼書

申込み日 2024年 月 日

### 【依頼者情報】

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: _____			

### 【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

問合せ・送付先 神奈川県看護協会 危機管理課

電話 : 045-263-2935 FAX : 045-263-2905 Eメール : kansen@kana-kango.or.jp