

FAX送信：本用紙を含め1枚

宛先：福岡東医療センター 看護部教育担当看護師長

送信先：FAX 0120-087-437

(福岡東医療センター 地域医療連携室直通)

相談・学習会 依頼書

◇必要事項をご記入の上、上記番号へFAXして下さい

相談/依頼したい専門・認定看護師 (☑をつけてください)

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん看護専門看護師 | <input type="checkbox"/> 慢性疾患看護専門看護師 |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師 | <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> がん化学療法看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 感染管理認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 手術看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 救急看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 重症心身障がい看護師 | |

ご依頼： 相談 ・ 学習会

内容：

施設名・連絡先
施設名

住所

電話番号

FAX番号

申込責任者の氏名/部署

福岡東医療センター 出前講座依頼確認事項

出前講座をご依頼頂く際に、以下の点にご配慮をお願い致します。

- ①本事業は、当院に所属する専門・認定看護師が地域のリソースとして活用されることを目的としています。
ご依頼頂く地域を限定させて頂いています。

対象：糟屋・宗像・福岡市東区医療圏の医療・介護・福祉・行政等に携わる医療機関・事業所等の職員

- ②実践場面に役立つことを心がけております。内容は、所属する専門・認定看護師の専門分野に関連すること。かつ、基本的に相談・学習会は単回の依頼とさせて頂きます。
- ③対応時間については、実施する時間は原則勤務時間内をお願いしています。詳細については、相談の上決定させて頂きます。相談・学習会の所要時間は、移動時間を含め2時間以内におさまるよう調整をお願い致します。
- ④基本的に謝金は頂いておりません。ただし、公共交通機関を利用する場合は、実費負担をお願いします。

上記内容について、ご理解・ご協力をよろしくお願い致します。身近なリソースとして、福岡東医療センターの専門・認定看護師をご活用頂ければと思っております。