**ＡＷＡナース活用申請書（医療機関等）**

令和　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 施設名　 |
| 管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 依頼者氏名　　　　　　　　　　　　 |
| 住所　 |
| TEL：  | FAX： |
| メールアドレス： |

**サポート事業の領域・概要・依頼事項等（ご自由に記入してください）**

|  |
| --- |
| **サポート事業の領域**□看護管理　　　 　□教育関係　　　 □医療安全　　　　　□感染予防対策　 　　　 □災害対策　 □健診業務　　 　□助産業務　　 　□ケア実践□緊急時の対応　　 □看取りのケア　 　□小児看護 □母性看護□精神看護　　　　 □認知症の看護　　　□難病患者の看護 　□在宅看護□重症心身障害児（者）看護□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **依頼内容**（注意：利用者住所・氏名など個人が特定できる内容は記入しないこと）　　　　**サポート予定期間** |
|  |
| サポートの希望日時 | □いつでも可能　　□日程希望あり（日程・曜日等）：　　月　　　日頃　　　　曜日希望　 |

※ご記入いただいた個人情報は、公益社団法人徳島県看護協会　個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。

**申込書送付先：ＡＷＡナースサポートセンター事業　担当者宛**

**FAX：088-632-1084**