（様式９）

令和　　 年　　月　　日

在宅主治医 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問看護ステーション名

管理者氏名

**「ＡＷＡナース」による訪問等について**

日ごろは、当事業所の運営に御協力を頂き、厚くお礼申し上げます。

さて、当施設では、公益社団法人徳島県看護協会が実施する「ＡＷＡナースサポートセンター事業」による支援を受けています。

本事業は、業務に精通したＡＷＡナースが、医療・介護施設等への訪問及び利用者宅に同行訪問して助言・支援を行うことにより、看護ケアの向上を図ることを目的にしております。

つきましては、当訪問看護ステーションの利用者　　　　　　　　　　様の看護ケアについて、　　　　　　　分野のＡＷＡナースがサポートすることをご承諾いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

１　「ＡＷＡナースサポートセンター事業」では、当事業に登録している業務に精通したＡＷＡナースが訪問看護ステーション及び利用者宅へ同行訪問し、助言・支援等を行います。

２　訪問看護事業所は、事前に利用者へ説明し承諾書を得ておきます。

以上