

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
仙台南病院
院長 朝倉 徹 様

施設名
代表者名
担当者
電話

認定看護師同行訪問依頼について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

このたび、下記領域における同行訪問を受けたくご連絡をいたしました。
ご承諾頂きたくお願い申し上げます。

記

- 1 同行訪問者： 当院認定看護師
- 2 領 域： 皮膚・排泄ケア，がん性疼痛看護
- 3 日 程： 年 月 日
(から 月 月間・月 1 回程度・当日のみ)

以上