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　　　ヶ月間・月１回程度・当日のみ）

以上