公益社団法人新潟県看護協会　訪問看護推進課

訪問看護電話相談　担当行

**訪　問　看　護　相　談　受　付　票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談年月日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　）　　　　　： | | |
| 相談者 | ご氏名 | 様 | 職種 | * 看護職 * その他 |
| 所属 |  | 看護職の場合 | □看護協会会員  □看護協会非会員 |
| ご連絡先 | TEL | FAX | |
| 地域 | □新潟市・佐渡　　□下越　　□県央　　□魚沼　　□中越　　□上越　　□県外 | | |
| 相談内容 |  | | | |

相談の内容により回答に１週間程お時間を頂く場合があります。ご了承ください。