岡山生き活き「プラチナナース」活用申請書（医療・介護施設等）

令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 管理者氏名 | 担当者氏名 |
| 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**      □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、公益社団法人岡山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・送付先 】プラチナナースサポートセンター（岡山県ナースセンター）

〒700-0805 岡山市北区兵団4-39

TEL（086）226-3639 / E-mail：okayama@nurse-center.net

＊プラチナナース活用申請書は、メールまたは郵送にてお送りください。