

専門・認定看護師相談申込書	
ご施設名	
担当者様ご連絡先	氏名： 電話： FAX： Eメール：
ご希望分野	
ご相談内容	☐ 事例相談 ☐ 研修開催 ☐ 同行訪問 ☐ その他（ ） ＊該当の項目に☑を入れてください
相談方法	☐ メール ☐ 電話 ☐ 対面 ☐ その他（ ） ＊該当の項目に☑を入れてください
電話・対面のご希望日時	第一希望： 月 日 時 分 ～ 時 分 第二希望： 月 日 時 分 ～ 時 分 第三希望： 月 日 時 分 ～ 時 分
ご相談概要	

香川大学医学部附属病院
 専門看護師・認定看護師相談申し込み窓口
 担当：看護管理室 松賀
 〒761-0793
 香川県木田郡三木町池戸1750-1
 Tel: (087) 891-2320
 FAX: (087) 891-2321
 E-mail : soudan-m@kagawa-u.ac.jp