受付番号（　　　　）

**兵庫県看護協会 ネットワークリソース依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日 | 年 　月 　 日 （ ） |
| 依頼者 | 施設名（ 　 ） 管理者名（ 　　 ） |
| 連絡方法  担当者名 | 氏名（ 　　　　　　　　 ）役職名（ 　　　　　　　 ）  連絡先（必ず連絡が取れる方法をお教えください。）  電話番号：  E-mail：  住所： |
| 依頼内容 | （どちらかに〇をつけてください。）   1. 患者ケアに関する支援 　　　　② 講演等の教育支援   具体的な依頼内容を記述してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調整  ※協会 記入欄 | 1. 月 　日（支部名 領域名 ）  2. 月 　日（支部名 領域名 ）  3. 月 　日（支部名 領域名 ）  4. 月 　日（支部名 領域名 ） | 調整終了日  月　 日  協会担当者（ 　　 ） |

**報告書（依頼者が記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日 | 年 　 月　 日（ ） 　　　時間（ 　　　： ～ ： ） |
| 実施責任者  実施者名 | 領域（ 　　　　　　　 ）氏名（ 　　 　　　　　　　　 ）  所属施設名（　　　　　　　　　　　）連絡先（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施内容  具体的な内容を記述してください。 | ＜例＞   1. 患者ケアに関する支援   ケアに必要な情報およびケア内容、実施後の患者の変化、依頼内容に関する今後の予定等   1. 講演会等の教育支援   参加人数、テーマ、 内容、講演結果など |
| 記録者（ 　　 ） |

複数回の活動については、その都度、看護協会にメールにて報告してください。

活動に関する報酬は、担当講師と調整をお願いします。なお、現地までの交通費に関しては、公共の交通機関による代金をお支払いください。