**ACP支援コーディネーター派遣相談依頼書**

**記載日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.依頼施設名 |  |
| 2.ご担当者名・役職 | 氏名　(フリガナ)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職： |
| 3.ご連絡先 | 住所：〒 |
| 電話： 　　　（　　　　）　　　　　　　　FAX：　　　（　　　　） |
| Eメール： |
| 4.依頼内容 | （研修会・セミナー、テーマ等、依頼内容についてご記入ください） |
| 5.対象者・人数 | 対象者： | 参加対象人数　　　　　　　　　人 |
| 6.実施予定時期 | 　　　　　　年　　　　　　　　　月　頃 |
| ※詳しい内容は双方でご相談ください |
| 申込・問い合わせ先 | 公益社団法人大阪府看護協会ACP人材バンク担当TEL：06-6964-5550✉：　 |

※相談依頼書の内容に応じて、当協会に登録されているACP支援コーディネーターの連絡先メールアドレス等の情報を提供いたします。その後の交渉は各施設において直接お願いいたします。