

(神戸医療センター地域医療連携室FAX:078-795-6591)

皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問についての同意書

別紙の通り説明を受け、国立病院機構神戸医療センターの認定看護師が訪問看護師若しくは保険医療機関の看護師等と一緒に訪問すること、所定の料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日 (説明日)

説明者氏名: _____

説明者所属: _____

私は、皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問について説明を受け、
表記内容について同意しました。

令和 年 月 日

住 所 : _____

利用者氏名: _____

代 筆 者 : _____ (続柄:)