

八戸地域訪問看護協議会入会申込書

*お申込みは、郵送またはメールにて受け付けます。

申請日	令和 年 月 日
訪問看護ステーション名称	
所在地	〒 -
電話番号	()
FAX番号	()
メールアドレス	
管理者名	
*当協議会では、connect 8 連携システム内【会議室】にて情報提供および各種様式の共有を行います。 その為、connect 8 への登録を推奨します。	
connect 8 登録の有無	登録済 ・ 登録予定 ・ 未登録

【 体 制 状 況 】	
24時間対応	可 ・ 不可 ・ 要相談
小児疾患	可 ・ 不可 ・ 要相談
精神疾患	可 ・ 不可 ・ 要相談
疼痛管理	可 ・ 不可 ・ 要相談
在宅酸素	可 ・ 不可 ・ 要相談
人工呼吸器	可 ・ 不可 ・ 要相談
気管切開管理	可 ・ 不可 ・ 要相談
留置カテ管理	可 ・ 不可 ・ 要相談
経管栄養管理	(経鼻) 可 ・ 不可 ・ 要相談
	(胃瘻) 可 ・ 不可 ・ 要相談
看取り	可 ・ 不可 ・ 要相談

* 提出先 *

〒031-0081 八戸市柏崎6丁目26-1 (八戸市医師会訪問看護ステーション内)

八戸地域訪問看護協議会 事務局担当：長谷川・小野高

TEL：0178-71-2100

Mail：8houkan@gmail.com

* 事務局処理欄 *	
受付月日	年 月 日
担当者	
MeLL+登録設定	済 ・ 事業所未登録