様式7

**訪問支援　１回目の報告（派遣看護職用）**

　　報告日：令和　7年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名：  〇〇　〇〇 | 所属：  〇●病院 | 分野：  □感染管理認定看護師  □感染制御実践看護師 |
| 施設名（派遣先）：  　社会福祉法人〇〇　・・・・・ | | |
| 実施日時：令和　　年　　月　　日（　　曜日）　13：30～15：00（　　　分） | | |
| ラウンドによる改善点や課題：  ・  取組み課題： | | |
| 気づき・感想など：  ・ | | |
| その他：　例）事業に対するご意見など  ・ | | |

＜返信・返送方法について＞

1. Ｅ－ｍａｉｌ：kansen@nurse-hiroshima.or.jp
2. ＦＡＸ：082－295－5361　（公社）広島県看護協会　総務部宛
3. 郵　送：〒730－0803　広島市中区広瀬北町9-2