

看護師手配依頼書

※看護師への情報伝達上、詳細までご記入頂きますようお願いいたします。

お 申 込 日	年 月 日		
貴 社 名	様		
貴社 TEL/FAX	TEL ()	FAX ()	
貴社所在地	〒		
ご 担 当 者	様 (携帯)		
看護師手配人数	名	<input type="checkbox"/> 男性看護師も可能	
▶▶ 会場(集合場所)に通える範囲の看護師から手配いたします。手配困難な地域の場合は事前にご相談させていただきます。◀◀			
開 催 日 程	年 月 日() ~ 年 月 日()		
開催名(団体名)			
開 催 時 間 (看護師滞在時間)	〔参加予定者数〕 名		
会 場 (行 先)			
会 場 所 在 地	〒 (最寄駅)		
団 体 代 表 者	様		
事 前 打 合 せ	有 / 無 ※スケジュールの都合上、参加できない場合もあります		<input type="checkbox"/> 月 日() : ~ <input type="checkbox"/> 看護師の勤務空き日に訪問
前 泊 ※早朝集合(7:30 まで)で公共の交通機関の利用が不可の場合は前泊をご準備下さい。	有 無	ホ テ ル 名 T E L	<input type="checkbox"/> 後日連絡
集 合 時 間		集 合 場 所	
解 散 予 定 時 間		解 散 場 所	
解 散 に つ い て	<input type="checkbox"/> AM解散(予定) ← ※解散予定が 12:00 までの場合はチェックして下さい。		
看 護 師 へ の 要 望 事 項			

◎看護師決定後、10 日程前に担当看護師よりご担当者様に直接ご挨拶のお電話を入れさせていただきます。
◎業務中のお食事はお客様にてご準備ください。また業務で使用する[薬バッグ]もお客様でご準備頂きます。
※簡易的なものであれば弊社で準備をすることも可能です。(有料)その場合はお早めにご連絡をお願いいたします。

.....下記太枠内(請求書)の選択もお願いします.....

請 求 書	<input type="checkbox"/> 貴社ご担当者様宛に請求書を発送する () 様宛)
	<input type="checkbox"/> その他 ()
※ 事前に必ず選択をお願いいたします。	※上記選択の無い場合は、ご担当者様に直送させていただきます。送付先のご指定およびご変更等がございます場合は、必ず事前にご連絡を下さいますようお願い申し上げます。

※必ず行程表またはタイムスケジュールも一緒に FAX をして下さい。



株式会社アテンダントナース
〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸
西入ル橋弁慶町 227 第 12 長谷ビル 9 階
TEL (075) 254-7872/FAX (075) 212-7048

※ご依頼を確認後、弊社より『受付ました』というご連絡を入れさせていただきます。営業日 2 日を経過しても『受付ました』という連絡がない場合は、届いていない可能性もございます。その場合お手数ですが、再度ご連絡をお願いいたします。