認定看護師同行訪問看護についての同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

説明者

私は、認定看護師による同行訪問看護についての説明を受け、同意しました

　　　　　　年　　　　　月　　　　日

住所

ご利用者様署名

署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　　　　　＊ご本人による署名が難しい場合は代理の方でお願いいたします

　　　　　　　　　　　　　　ＪＣＨＯ神戸中央病院　078-594-2211（代表）