(別紙様式２)　　　　　　カウンセリング依頼書

滋賀県健康医療福祉部健康危機管理課

依頼日時　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　依頼御担当者・職名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

返信先メールアドレス

患者よりエイズカウンセリングの希望がありました。下記のとおりカウンセラーを派遣お願いします。

記

１．派遣希望日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　頃

２．派遣場所

３．派遣理由

４．その他　　　　依頼希望日時より、１週間前までに御依頼ください。

　　　　　　　　　カウンセラーの出勤状況により、依頼を受けられない場合もあります。

**依頼先**

**滋賀県健康医療福祉部健康危機管理課　エイズ担当者**

**電話：077-528-3632 　　メールアドレス　kansen＠pref.shiga.lg.jp**

 **※必要事項をご記入の上、を上記メールアドレスへ添付お願いします。**

**※ご記入いただいたメールアドレスへ、返信させていただきます。**