山口県看護協会

山口県ナースセンター

**FAX　0835　–　28　–　9688**

TEL　0835　–　24　–　5791

施設№

施設名

氏　名

TEL （　　　 　）　　　―

**ふれあい看護体験実施予定**

※締め切り後も「ふれあい看護体験」実施予定が決定次第、随時ご提出くださいますようお願い

いたします。

**締切：4月12日（金）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 詳　　　細 |
| 施設名 | 施設No.（　　　　　）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者 | 役職（　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 〒　　（　　　　－　　　　　）  住　所  電話番号　（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　　） |
| 実施予定日 | ① 令和　 　年　　 月　　 日（　 　）　　：　　　～　　　：  ② 未定　　　　　　③ 随時  ※実施日が複数の記入例：5月12日・14・18日、5月12日～14日等 |
| 対象者  ※該当する番号に○を付けて下さい | ① 中学生　　② 高校生　　③ 一般　　④ その他（　　　　 　） |
| 募集方法 | 例：院内掲示、ホームページ、広報等 |
| 内容  ※該当する番号に○を付けて下さい | ① 進路相談（具体的な看護の仕事の説明等）  ② 看護体験（血圧測定・清拭・足浴・シーツ交換等）  ③ 院内見学・講演  ④ その他（車椅子体験等） |