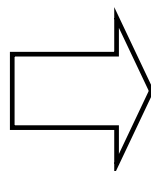


施設No.	_____
施設名	_____
氏名	_____
TEL () -	_____



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 E-meil itou2@y-kango.or.jp
--

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16日(水)

(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) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>