

**申込締切：2月29日（木）まで**

　　 **FAX：099-256-8079**

　　 鹿児島県看護協会（鹿児島県ナースセンター）行き

　「ふれあい看護体験2024」実施申込書

**【掲載用】**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名 |  |
| 郵便番号住　　所電　　話 | 〒 －　　　　　（　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　　） |
| 募集人数 | 　　　　　　　　　　　　　名 |
| 実施月日時　　間 | 令和6年　　 月　　 日　（　　 　） 時 　 分　　～　　 時　　 分　　まで |
| ①受付窓口②メールアドレス**※②は必須項目ではありません**（メールでの応募受付希望の際はご記入下さい） | (例）①看護部や副看護部長②体験者からの申込受付受信可能なメールアドレス**※メールアドレスは楷書で記入をお願いします** |
| ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※② |

　**【ナースセンター連絡用】**

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者名ご連絡先**※必ずご記入下さい** | 職　位：　　　　　　　　　　　　　　　　 ふりがな：　　　　　　　　　　　　 　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　 ※担当者の連絡先　（　　　　）－（　　　　）－（　　　　　）※担当者のメールアドレス(楷書でご記入をお願いします)　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※ 2回以上実施予定の場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。**