

**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。**