

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



看護の日

看護の心をみんなの心に

「ふれあい看護体験 2025」実施申込書

申込締切：2月28日（金）まで

【掲載用】

| | |
|---|---|
| 実施施設名 | |
| 郵便番号 住所 電話番号 | 〒 _____ _____ () - () - () |
| 募集人数 | _____名 |
| 実施月日 時間 | 令和7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。