

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 2026」実施申込書



【掲載用】

申込締切：2月28日(土)まで

実施施設名	
郵便番号	〒 _____
住所	
電話番号	(        ) - (        ) - (        )
募集人数	
実施月日 時間	令和8年 月 日 (        ) 時 分 ~ 時 分
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（メールでの応募希望の際はご記入ください）	(例) ①看護部や副看護部長 ②参加希望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ご記入ください ① ※②
③ホームページへの専用申込フォームが掲載について	ない ある【ある場合は掲載ページ（リンク先名）をご記入下さい】 （リンク先名）

【ナースセンター連絡用】

ご担当者名	職位： _____
ご連絡先	ふりがな： _____
※メールアドレスは必ずご記入下さい	氏名： _____ ※担当者の連絡先 (        ) - (        ) - (        ) ※担当者のメールアドレス（楷書でご記入ください） ( _____ )

※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。