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 ご連絡先 **※メールアドレスは必ずご記入下さい**	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。