

FAX送信先 0952-68-3603

期限 令和7年4月25日(金)

eメール送信先 saga@nurse-center.net

公益社団法人佐賀県看護協会ナースセンター あて (TEL:0952-51-3511)

令和7年度「ふれあい看護体験」(医療機関)実施計画

医療機関名	
看護体験の担当者	役職 氏名
電話連絡先	
連絡用 メールアドレス	
住所	〒 -
実施の有無	<input type="checkbox"/> 対面で実施できる → 下欄以降をご記入ください <input type="checkbox"/> 今年度は実施しない → これで終わりです
開催日時 マッチング先の高校に 選択させます	第1希望 令和7年 月 日() : ~ : 第2希望 令和7年 月 日() : ~ : 第3希望 令和7年 月 日() : ~ :
開催可能日数	()日間 ※複数日の開催が可能であればご協力願います。
1日の受入可能人数	()人
【当日の服装等】 該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> 制服・通学靴のままでも可 <input type="checkbox"/> 体操服に着替える <input type="checkbox"/> 医療機関のユニフォームに着替える <input type="checkbox"/> 運動靴に履き替える <input type="checkbox"/> その他()
【内 容】 現時点での計画で可	<input type="checkbox"/> 看護体験(患者への直接ケア) <input type="checkbox"/> 看護体験(別室で模擬体験) <input type="checkbox"/> 看護師の仕事を見学(紹介) <input type="checkbox"/> 看護職からの講話 <input type="checkbox"/> 病院内の見学(紹介) <input type="checkbox"/> 交流会(座談会) <input type="checkbox"/> ユニフォーム着衣 <input type="checkbox"/> その他()
【その他連絡事項】 高校や参加する学生に 伝えたいことがあれば 記載ください。	