**２０２４年「ふれあい看護体験」実施連絡票**

様式１

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **ご連絡****担当者** | （氏名）　　　　　　　　（役職）（ＴEL） （Mail） |
| **実施日と****受入人数**特記事項がございましたら適宜ご記入くださいいいいい | **※Ａ、Ｂ、Ｃのいずれかにチェックを入れてください*** Ａ：実施日を指定する（以下に日時をご記入ください）

 　　　月　日（　曜日）　：　～　　：　　に　　　人を受入* Ｂ：複数の候補日を設定する

　　（以下に候補日をご記入ください。候補日は追加自由です。）　　　月　　日（　曜日）　　　：　　～　　　：　　　　　月　　日（　曜日）　　　：　　～　　　：　　＊受入人数について当てはまるものに☑を入れてください□上記候補日のいずれか１日に　　　人を受入□複数日受入可。一日　　人まで、計　　人を受入□全候補日について一日　　人を受入□その他：* Ｃ：実施期間内で応相談とする（「土日祝を除く」など条件がある場

　　合は以下にご記入ください）（条　　件）（時　　間）　　：　　～　　：（受入人数） |
| **主な****体験内容** | ※３０字以内でお願いいたします（本欄は1行に全角３２字入ります） |

**※送付先 ： koho@nr-kr.or.jp**

**締切：４月１５日（月）厳守**