**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](mailto:koho@nr-kr.or.jp)**

**締切：４月１５日（月）厳守**