



## 「ふれあい看護体験 2021」報告書

〔送付先〕 ⇒ 埼玉県看護協会 Fax. 048-624-3331

※ 実施後、または実施予定日後、2週間以内に Fax. して下さい。  
8月以降の実施施設につきましては終わり次第、速やかに Fax. して下さい。

貴施設名	ご担当者名  (役職: )
電話: Eメールアドレス:	FAX.:

どちらかに○をつけてください。

ふれあい看護体験を **実施した** ・ **実施しない**  
(又は参加申込者なし)

実施した場合は、下記 報告書にご記入をお願いします。

## 実施報告書

参加者	名	内訳) 中学 年生 名 (男 名・女 名)
		高校 年生 名 (男 名・女 名)
		年生 名 (男 名・女 名)
		一般 名 (男 名・女 名)
実施日時	令和3年 月 日 ( )	
場 所	施設内	
	施設外	
実施内容		

※ 実施内容については、個人の特定ができない形で、今後の事業PR活動のため、使用させていただくこともあります。予めご了承ください。その際ご都合の悪いことがございましたら、お知らせください。

お問い合わせ先: 公益社団法人埼玉県看護協会 ☎048-624-3300