|  |
| --- |
| シンボルマーク**令和７年度「ふれあい看護体験」**  **実施病院募集について** |

ご記入の上、**FAXまたはメールにて**ご提出ください

**様式　１**

（様式１は、ホームページよりダウンロード可能です）

**♦ご回答締切：令和７年４月２５日（金）♦**

☆病院名

☆ご担当者役職

☆ご担当者名

☆電話番号

**★該当する(　)に○印をご記入ください。**

**「令和７年度ふれあい看護体験」実施病院としての受け入れについて**

**（　　　）　１．受け入れできる**

**※「受け入れ可能」と回答された病院は、「様式２実施連絡票」も提出ください。**

**（様式２の記入例をご参照ください）**

**～ふれあい看護体験　体験内容例～**

・体験時間：9:00～12:00または13：00～15：00等の半日体験でも可能

・先輩看護職との交流会　　・看護技術シュミレーターを使用した体験

・バイタルサイン測定　　　・AED体験

・心音聴取　　　　　　　　・車いす移動　　　　　　　　　　　など

➡➡➡必ずしも、患者様のベッドサイドでの体験を予定しなくても構いません。

会議室や講堂等での体験も含めてご検討ください。

**（　　　）　２．受け入れできない**

不明な点等ございましたら、下記担当までお問い合わせください。

【担当】公益社団法人山形県看護協会　　島田

　　　　　〒990-2473　山形市松栄一丁目5番45号

　　　　　　TEL　023-685-8033　　FAX　023-643-5727

E-mail：jigyou@nurse-yamagata.or.jp