|  |
| --- |
| シンボルマーク  **令和７年度「ふれあい看護体験」**  **参加申し込み回答用紙** |

【送信元】　　　　　　　　　　　　　　　　 【宛先】

**（様式　３）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名：  担当者： |  | 公益社団法人山形県看護協会  ナースセンター行  **FAX ０２３－６４３－５７２７** |

以下をご記入の上、メールまたはFAXにてお送りください。

**◆ご回答締切：令和７年５月２３日（金）必着**

回答日時　　　年　　月　　日

令和7年度「ふれあい看護体験」について

（どちらかに○をご記入ください）

参加学生がいます　　　　　　　　　　　参加学生はいません

**※様式４・様式５をメールで提出ください。**

学校名

学校住所　　 〒

電話 （　　　　　）　　　　－　　　　　内線 （　　　　　）

ＦＡＸ　 （　　　　　）　 　　 －

※参加者がいる場合には、様式４（申込書）・様式５（緊急連絡先入力フォーム）を、

メールにてお送りください。

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当部署】公益社団法人山形県看護協会　ナースセンター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 「ふれあい看護体験」担当　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