令和７年度「ふれあい看護体験」

（様式　５）

学校担当者緊急連絡先入力フォーム

無断で欠席等があった場合、各体験病院の担当者が確認

のため各学校に電話で確認することが予想されます。

緊急連絡先のご提出にご協力お願いいたします。

（※各体験病院に提出させていただきます。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高等学校名 | |  |
|  |  |  |
| 連絡先 | 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| メール  アドレス |  |
| **〇電話番号：実施病院より連絡してもつながらないことがあるようです。**  **必ずつながる電話番号をご記入ください。**  **〇メールアドレス：確実に連絡が取れるメールアドレスをご記入ください。** | | |
| 備　考 | |  |

※連絡先に変更があった場合には、下記まで必ずご連絡をお願いいたします。

お問い合わせ

公益社団法人山形県看護協会

山形県ナースセンター　担当：島田

TEL:023-685-8033

Email:jigyou@nurse-yamagata.or.jp