**「ふれあい看護体験２０１９」参加申込書**

【　　　　　　　　　　】高等学校

ふれあい看護体験担当者名（　　　　　　　　　　）TEL：　　（　　）

※下記の項目についてご記入の上、**５月１０日（金）**までにご返信ください。

**人数調整の都合上、期日を過ぎた申込みは受け付けられません。**

**予めご了承ください。**

**☆参加希望人数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加希望者** | **女子** | **男子** |
| **１年生** | **人** | **人** |
| **２年生** | **人** | **人** |
| **３年生** | **人** | **人** |

|  |
| --- |
| 公益社団法人　宮崎県看護協会TEL:0985－58－4525FAX:0985－58－2939eﾒｰﾙ：miyazaki@nurse-center.net担当： 早田 |

**※参加は３年間のうち1人1回のみとし、過去に参加した生徒は対象外となります。**

**また希望者多数の場合は、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。**