**「ふれあい看護体験2021」受入れ票**

体験施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設担当者名

1. 決定事項

学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名の参加が決定しました。

参加名簿は以下のとおり

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体験日 | 学年 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 服のサイズ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. 体験に関する連絡事項

|  |  |
| --- | --- |
| 集合時間・場所 | 集合時間：　　　　時　　　　分　　集合場所：**(　　　　　　　　　　　　　　　)** |
| 体験終了時間 | 終了時間**（　　　　　　　）**時頃 |
| 服　　装 | 女性 |  | 白衣（病院貸し出し） |  | 白か肌色のロングスリップ |  | 白Tシャツ |
|  | 学校指定ジャージ |  | 白か肌色のストッキング |  | 白い靴下 |
| 男性 |  | 白衣 上下（病院貸出） |  | 白い靴下 |  |
|  | 学校指定ジャージ |  | 白Tシャツ |
| その他 |  |
| 履　　物 |  | 白の下履き用運動靴 |  | 白の上履き用運動靴（体育館シューズ可） |
| 昼　　食 |  | 弁当持参 |  | 病院給食 |
| その他の必要物品 | ※筆記用具・メモ帳と髪をまとめるヘアピン・ゴム（黒か茶）は持参する。 |
| その他注意すること |  |