

「ふれあい看護体験」実施報告書

実施施設名					
実施日時	令和 年 月 日 実施時間 : ~ :				
施設住所 電話番号	〒				
施設代表者名					
参加者数		中学生	高校生	一般	合計
	男性	名	名	名	名
	女性	名	名	名	名
	計	名	名	名	名
グッズ送付部数	_____部		参加証明書 発行枚数	_____部	
実施内容					
実施による効果					

※提出期限：実施後1週間以内

(お問合せ先) 事業部

TEL : 082-503-2383 FAX : 082-295-5361

E-mail : jigyobu@nurse-hiroshima.or.jp