**平成３０年度　高校生一日看護体験**

**事前・当日確認表**

高校名：　　　　　　　　　　 （　　学年）

　 　氏　　　名：

※決定通知(別紙２)と『平成30年度一日看護体験実施協力病院一覧(別紙１)』をよく確認し自身で書き込み、持参してください。『平成30年度一日看護体験実施協力病院一覧』は茨城県ナースセンターのホームページからダウンロードできます。（https://www.ibaraki-nc.net）

体験病院先：

　　　　　　住所

　　　　　　TEL

体験日：　　　　　　　月　　　　日　（　　）

**【持ち物】※平成30年度一日看護体験実施協力病院一覧(別紙１)を参照。**

エプロン：　　病院側で準備　　・　　自身で準備　　・　　不要

三角巾：　　病院側で準備　　・　　自身で準備　　・　　不要

名札：　　病院側で準備　　・　　自身で準備　　・　　不要

マスク：　　病院側で準備　　・　　自身で準備　　・　　不要

昼食：　　病院側で準備　　・　　自身で準備　　・　　不要

予防接種：　　必須　　・　　不要

※母子手帳要確認!!

**【その他】※平成30年度一日看護体験実施協力病院一覧(別紙１)を参照。**

予防接種、服装、準備物、気を付けること等

**～問合せ先～**

**茨城県ナースセンター　TEL　029-221-7021**