**「看護の出前授業」**

**申 込 書**

**以下のとおり申し込みます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 学校名 |  | | |
| 1. 担当者名 | 教科：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職： | | |
| 1. 連絡先 | 住所：〒 | | |
| 電話： 　　　（　　）　　　　　　　　FAX：　　　（　　） | | |
| Eメール： | | |
| 1. 対象学年・人数 | 第　　　学年 □希望者のみ　□全員 | | 参加対象人数　　　人 |
| 1. 科目 | ＜総合学習、道徳、進路学習など、学習の位置付けをご記入ください＞ | | |
| 1. 実施希望日 | 第1希望 | 月　　　日　（　　） | |
| 第2希望 | 月　　　日　（　　） | |
| 第3希望 | 月　　　日　（　　） | |
| 1. 希望時間（時間数） | 時　　　　分　～　　　時　　　　分（全　　　分） | | |
| 1. 授業内容の希望   ※より具体的な希望があれば、  下欄にお書き添えください | ご希望の内容に🗹をつけてください（複数回答可）   * いのちの大切さ、こころとからだの話 * 看護職の仕事（仕事内容・魅力、患者とのエピソードなど） * 看護職への道（資格の取り方、看護職になるための進路など） * 簡単な看護技術の体験（聴診器で心音を聞く。血圧や脈を測るなど） * そのほか（詳細は下欄にお書き添えください） | | |
| 1. 取材対応の可否 | 地元紙などからの取材に　　□協力できる　　　　□協力できない  ※ご協力いただける場合は、地元メディア等に取材案内を配信します。取材の申込みは看護協会で受け付けます。 | | |
| 1. 講師への謝礼 | 謝　礼：□支払い可能【￥　　　　　　】　　□支払い不能  交通費：実費（￥　　　　　まで支払い可能）  ※交通費欄は必ずご記入ください。 | | |
| 1. そのほか   （希望、連絡など） | ご自由にお書きください  ※特記事項のほか、貴校の講師謝礼の規定や授業に関するご要望などをご記入ください。  （例1：保護者も一緒に参加したい　例2：職業体験の1日行事の中で実施したい など） | | |
| ※ご記入いただきました情報や、出前授業後にご提出いただく実施報告の内容は、日本看護協会「看護の日・看護週間」事業および茨城県ナースセンターの広報活動でのみ利用させていただきます。 | | | |
| **申し込み・問い合わせ先：TEL　029-221-7021　FAX　029-226-0493**  公益社団法人 茨城県看護協会 / 茨城県ナースセンター | | | |