**「看護の出前授業」申 込 書**

**以下のとおり申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　申込み年月日　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　学校名 |  | | |
| ２　担当者名 | 役職：　　　　　　　　　　　　　　　　教科：  氏名： | | |
| ３　連絡先 | 住所： | | |
| 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| Eメール： | | |
| ４　対象学年・人数 | 第　　学年  　□　希望者のみ　　　□　全員 | | 参加対象人数　約　　人 |
| ５　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＞ | | |
| ６　実施希望日・  　　希望時間（時間数） | 第1希望 | 月　　日　（　　）　　：　　～　　：　　（　　分） | |
| 第2希望 | 月　　日　（　　）　　：　　～　　：　　（　　分） | |
| 第3希望 | 月　　日　（　　）　　：　　～　　：　　（　　分） | |
| ７　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）  □　その他（詳細は下欄にお書き添えください） | | |
| ８　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。 | | |
| ９　講師への謝礼 | 謝　礼：□　支払い可能【￥　　　　　　】　　□　支払い不能  交通費：（￥　　　　　まで支払い可能）  ※交通費欄は必ずご記入ください。 | | |
| １０　その他  （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 | | | |