別紙１

令和4年　　月　　　日

公益社団法人　茨城県看護協会

会 長　白川　洋子　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　院長名

印

承　　諾　　書

　令和4年5月13日付茨看協発第342号で依頼のありました「高校生の一日看護体験事業」につきまして、受け入れることを承諾します。

別紙２

**令和4年度一日看護体験協力病院受け入れ予定数**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| （ふりがな）担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　役職： |
| 施設住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス**※参加者名簿をメール****で送付いたします。** |  |
| 実施日及び受入可能数 | １回目　　　　　月　　　日（　　）　　　　名２回目　　　　　月　　　日（　　）　　　　名３回目　　　　　月　　　日（　　）　　　　名 |
| 参加時の服装 | 病院実習時の服装は**「学校の体操服の上にエプロン着用」に統一**させていただきます。 |
| 当日準備するもの※いずれかに○を付けてください。 | ①エプロン（ 病院側で準備　・　生徒持参 ）②名　　札（ 病院側で準備　・　生徒持参 ・ 不要 ）③昼　　食（ 病院側で準備　・　生徒持参 ） |
| 予防接種の条件※いずれかに○を付けてください。 | ①麻疹等予防接種の事前接種（　必須　・　問わない　）　予防接種の種類：麻疹・風疹・水痘・その他（　　　　　　）②新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽﾜｸﾁﾝ接種　（　　回以上必須　・　問わない　） |
| その他感染対策として講じてほしいこと |  |
| ご意見・ご要望・その他準備するもの |  |

**回答期限：5月24日（火）**