

茨看協発第 342 号
令和 4 年 5 月 13 日

県内医療機関
病院長 殿
看護部管理者 様

公益社団法人 茨城県看護協会
会 長 白川 洋子
(公 印 省 略)

令和 4 年度 高校生の一日看護体験実施について (依頼)

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会事業につきまして、日頃より、格別のご支援とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記看護体験を、別添「令和 4 年度高校生の一日看護体験実施要項」に基づき実施することといたしました。

つきましては、看護体験を希望する高校生の受け入れについて、ご検討いただきたくお願い申し上げます。ご承諾のうえは、別紙 1 及び別紙 2 をご記入いただき、**5 月 24 日 (火) まで**に返信用封筒にてご返送くださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

なお、例年参加者が増えており、選考漏れが多いため、受入れ施設拡大を予定しております。コロナ禍ではございますが、少しでもたくさんの高校生に、看護の心に触れていただくため、趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

- 1 実施期間 令和 4 年 7 月 25 日 (月) ～ 8 月 31 日 (水) 9:00～15:00
- 2 対 象 県内の高校生 約 2,000 名
- 3 提出期限 **令和 4 年 5 月 24 日 (火)** *提出日厳守でお願いいたします。
- 4 提出方法 同封の返信用封筒にて提出願います。
- 5 備 考 各病院からの回答を基に、県内高校に参加募集と見学施設の選択をしていただきます (6 月頃)。高校の参加募集終了後、各病院へ承諾いただきました日程の定員数に調整し、決定通知を 7 月初旬ごろに送らせていただきます。希望者がいない場合も、文書にて通知を送らせていただきます。

【問合せ先・提出先】

〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35

公益社団法人 茨城県看護協会・茨城県ナースセンター

TEL 029-221-7021 FAX 029-226-0493

e-mail : y.haryu@ina.or.jp 担当 波立 (はりゅう)

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。

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)