

## 高校生一日看護体験 参加申込方法について

### 【申込方法】

- ①茨城県ナースセンターホームページ（[www.ibaraki-nc.net/](http://www.ibaraki-nc.net/)）より下記様式をダウンロード
  - ・受入病院一覧（PDF 形式）
  - ・参加申込書（Excel 形式）
- ②「受入病院一覧」から、第1希望～第3希望を選択し、「参加申込書」へ入力
- ③「参加申込書（Excel）」を電子メールにて（[y.haryu@ina.or.jp](mailto:y.haryu@ina.or.jp)）宛てに送信 **（5/30 必着）**  
※申込後、ナースセンターから受取確認メールを返信いたします。（返信目安：4営業日）  
返信がない場合は送信エラーの可能性がございますので、アドレス等を確認いただき再送信をお願いいたします。ナースセンターから返信のない申し込みは無効となりますので予めご了承ください。

**※期日を過ぎた申し込みは一切受け付けませんので予めご了承ください※**

### 【申込時の注意点】

- 提出書類等がある病院がございます。茨城県ナースセンターのホームページより必要書類をダウンロードし、申し込み前に確認をしてください。
- 申し込み期限厳守でお願いします。申し込み期限後の受付はいたしません。
- 原則、体験者の変更は行えません。キャンセルの無いよう、部活動等の日程を確認のうえ、申し込みをお願いします。
- 申し込みは Excel の一つのシートにまとめて申し込みをお願いします。  
（複数のシートに分けて申し込みすることはしないでください）
- 希望施設については、第3希望までの入力は必須ではございません。

※毎年、大きな病院や付属の看護学校がある病院に応募が偏る傾向がございます。  
付属の看護学校がある病院に参加しても入学試験等が優位になることはなく、どの病院で体験しても内容については、ほとんど変わりはありません。偏りのないよう先生方も調整していただけますと幸いです。

※申し込みを希望している生徒へ「申し込み時確認・注意事項（高校生・保護者用）」をお渡しいただき、事前指導（オリエンテーション）を行ってください。

【問い合わせ先】公益社団法人茨城県看護協会・茨城県ナースセンター

〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35

TEL 029-221-6900 Mail [y.haryu@ina.or.jp](mailto:y.haryu@ina.or.jp)

担当 波立（はりゅう）

## 令和7年度 高校生一日看護体験 参加申込書(記入例)

学校名: 茨城県立〇〇高等学校

担当教諭名: 看護 花子

電話番号: 029-221-7021

緊急連絡先: 090-0000-0000

| No. | 氏名     | ふりがな    | 学年 | 性別 | 服サイズ | 実施回数 | 希望施設  |       |       | 備考・事前申告  |
|-----|--------|---------|----|----|------|------|-------|-------|-------|----------|
|     |        |         |    |    |      |      | 第1希望  | 第2希望  | 第3希望  |          |
|     |        |         |    |    |      |      | 施設No. | 施設No. | 施設No. |          |
| 1   | 佐藤 太郎  | さとう たろう | 2  | 男  | L    | 0    | 5     | 15    | 25    | 喘息(内服薬有) |
| 2   | 佐々木 花子 | ささき はなこ | 1  | 女  | S    | 0    | 10    | 37    | 250   |          |
| 3   | 田中 直樹  | たなか なおき | 3  | 男  | LL   | 1    | 2     | 1     | 3     |          |
| 4   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 5   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 6   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 7   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 8   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 9   |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 10  |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 11  |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |
| 12  |        |         |    |    |      |      |       |       |       |          |

**【服のサイズ】**  
SS・S・M・L・LL  
で記載してください

**【実施回数】**  
過去にナースセンター主催の  
一日看護体験を体験した生徒は  
体験回数を記載してください

**【備考・事前申告】**  
体験時に必要な申し出をご記載ください。  
記載内容はナースセンター及び  
体験病院へ申告する旨をきちんと  
本人に承諾いただけてください。  
また、希望する施設が事前申告を  
必要とする内容を記載してください。  
(食物アレルギー、アルコールアレルギー等)

※フォント、フォントサイズ、セル幅、表示等設定は変更しないでください※

### 【注意事項】

- ・感染状況等により体験が延期または中止になる場合がございます。その際の連絡先として緊急連絡先をご記入ください。生徒への緊急連絡は学校側でお願いします。
- ・氏名及びふりがな、施設№の入力ミスがないよう申し込み前に確認をお願いします。
- ・氏名及びふりがなは、名字のあと全角 1 マス空けてください。
- ・氏名及びふりがなは文字間隔など調整しないでください。
- ・ふりがなはひらがなでご記入ください。
- ・施設№は「受入病院一覧」の施設№をご記入ください。同じ施設でも実施日によって№が違いますので、施設№の間違いの無いよう確認をお願いします。
- ・希望施設が無い時は無記入のままご提出ください。(「なし」や「希望なし」など入力しないでください)
- ・期日を過ぎた申し込みは一切受け付けませんので予めご了承ください。