**高校生一日看護師体験事業 健康チェック表**

公益社団法人新潟県看護協会

体験事業に参加する場合は、下記の項目を記入し、体験当日、病院に持参してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体験日：令和　７年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　名 | （フリガナ） |
| 高 校 名 |  |
| 体験病院名 |  |
| 緊急時連絡先  ※連絡先①は必ず記入して  ください | 連絡先①（氏名：　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　）  TEL：  連絡先②（氏名：　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　）  TEL： |
| 当日朝の体温（℃） | （　　　　　　　　．　　　　　　）℃ |
| その他症状がある場合は  記入してください |  |

（個人情報保護につとめ、他の目的には使用いたしません）