

病院 → 高等学校（進路担当者）

令和8年度 高校生一日看護師体験事業参加のご案内

医療機関名	
体験日時	① 月 日 () : ~ : ② 月 日 () : ~ : ③ 月 日 () : ~ : ④ 月 日 () : ~ :
住 所	〒 —
連 絡 先	電話番号：
体験事業の担当者	役職 (フリガナ) 氏名
集合場所	
集合時間	AM 開催 : PM 開催 :
持参するもの	
当日の服装等	
注意事項	
その他 参加者に伝えたい事	

*本ひな型は、高校への連絡用にご利用ください。必要に応じ、適宜修正してください。