回答用紙

【注意】しめきりを過ぎても連絡がない場合は

「実施しない」とさせていただきます

しめきり　2024年1月26日（金）

公益社団法人香川県看護協会　ふれあい看護体験担当　行

ＦＡＸ　 ０８７－８６４－９０７１(送信票不要)

令和 6年　　　月　　　日

「２０２４年　ふれあい看護体験」の実施について

施設名

＊1、2のどちらかに〇をお願いします。

（　 ）１．実施する または 実施の方向で検討中

（　 ）２．実施しない

**１．実施する** または **実施の方向で検討中** の施設はご記入ください

１）実施期日　 ２０２４年　　　月　　　日（　　　曜日）

　　　　　　　　　　期間：５月１２日(日)　～　８月２５日(日)）

　　　 （　 ）実施日未定 ＊期間内の開催でお願いします。

２）募集人員　　　　　　人（予定）

３) フリガナ

　　　 担当者名　　　　　　　　　　　　　　（職位　　　　　　　　　　　　）

連絡先　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

部署名　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　　）

注）回答後に担当者や開催についての変更があった場合は下記までご連絡ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人　香川県看護協会　三村・井川

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Tel: 087-864-9070

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Mail: k-kango＠smile.ocn.ne.jp

**ふれあい看護体験の募集方法について○を付けてください**

**ポスター&チラシに掲載希望のメールアドレスまたはURLを記入ください**

**（　 ）往復はがき　（ 　）往復はがき&メール(or URL)　（　 ）メールのみ(orURL)**

**New**

**↓**

**↓**

**メールアドレスまたはURL**

**[注意]**アルファベット大文字or小文字、数字「ゼロ」とアルファベット「オー」、

ハイフン「-」とアンダーバー「 \_ 」などは間違えやすいため明確にお書きください。

また、ご記入のメールアドレスは**QRコード化してポスター・チラシに掲載**します。

回答期日：２０２４年１月２６日（金）必着