回答用紙

**しめきり**　**2025年1月27日(月)**

【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

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7年　　　月　　　日

**「２０２５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　 ２０２５年　　　月　　　日（　　　曜日）

　　　　　　　　　　期間：５月１１日(日)　～　８月３１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　　　　　　　　）

**お願い）**回答後に担当者や開催について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

**参加者の募集方法について**

募集は「往復はがき」か「メール」でお願いします。実施するものへ○を付けてください。

（両方の場合はチェックを２つ入れてください）

**（　 ）往復はがき　　　（　 ）メール**

**＊**メールの場合は、アドレスをQRコード化しチラシや当協会のホームページ上に

掲載しますのでアドレスを下記に記入ください。

**【メールアドレス】　　　　　　　　　　　　　　　 （　 　）昨年と同じアドレスでよい**

**注意①）** 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**。

**注意②）** メールアドレスは応募者にも見えますので、その旨をご了解いただき記入ください。