**中学生・高校生一日看護学生・看護体験　実施報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **担当者名** |  |
| **実施日** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **中学生** | **高校生** |
| **参加者数** |  |  |
| **参加学校数** |  |  |

**＊実施内容（工夫したこと、アピールしたいことなど含む）**

**＊参加者の声**

**＊実施者の声**

**写真の掲載　　可　・　否**

**＊必ずこれらの内容を記載いただければ、レイアウトは問いません**

**（Word、Excel、Power Point いずれかを使用してください）**

**＊A4サイズ１枚にまとめてください**

**＊提出先：　島根県健康福祉部医療政策課　糸原**

[itohara-miharu@pref.shimane.lg.jp](mailto:moriwaki-junko@pref.shimane.lg.jp)　　まで