|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 実施日 |  |
| 実施時間 |  |
| 担当者 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 集合場所 |  |
| 集合時間 |  |
| 看護衣着用時必要な物 |  |
| その他持参するもの |  |
| 注意事項 |  |

**※この連絡事項をコピーして、参加決定した生徒へ配付します。**

　**病院独自の健康観察票や決定した高校生から回答が必要な書類があれば、連絡事項と共に送付しますの**

**で、同封してください。**