

(生徒用)

高校生一日看護師体験事業 健康チェック表

公益社団法人新潟県看護協会

体験事業に参加する場合は、下記の項目を記入し、体験当日、病院に持参してください。

体験日:令和 7年 月 日

(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)
高 校 名	
体験病院名	
緊急時連絡先 ※連絡先①は必ず記入してください	連絡先①(氏名: 続柄:) TEL: 連絡先②(氏名: 続柄:) TEL:
当日朝の体温(°C)	(.)°C
その他症状がある場合は 記入してください	

(個人情報保護につとめ、他の目的には使用いたしません)