

# 2025 年度「みんなで話そう—看護の出前授業」申 込 書

以下のとおり申し込みます。

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|
| 1. 学校名                                                                                                                                                   | 立                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                |
| 2. 担当者名                                                                                                                                                  | 教科：<br>役職：                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                |
| 3. 連絡先                                                                                                                                                   | 住所：〒                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                |
|                                                                                                                                                          | 電話：（ ）                                                                                                                                                                                                                                                   | FAX：（ ）                                |                |
|                                                                                                                                                          | Eメール：                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                |
| 4. 対象学年・人数                                                                                                                                               | 第 学年 <input type="checkbox"/> 希望者のみ <input type="checkbox"/> 全員                                                                                                                                                                                          | 参加対象人数 人                               |                |
| 5. 科目・ねらい                                                                                                                                                | ＜科目＞                                                                                                                                                                                                                                                     | ＜ねらい＞<br>（例1）進路の動機付け （例2）命について考えさせる など |                |
| 6. 実施希望日・時間                                                                                                                                              | 第1希望                                                                                                                                                                                                                                                     | 月 日（ ）                                 | 時 分 ～ 時 分（全 分） |
|                                                                                                                                                          | 第2希望                                                                                                                                                                                                                                                     | 月 日（ ）                                 | 時 分 ～ 時 分（全 分） |
|                                                                                                                                                          | 第3希望                                                                                                                                                                                                                                                     | 月 日（ ）                                 | 時 分 ～ 時 分（全 分） |
| 7. 授業内容の希望<br>※より具体的な希望があれば、<br>下欄にお書き添えください                                                                                                             | ご希望の内容に☑をつけてください（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 看護職の仕事（仕事内容・魅力、患者とのエピソードなど）<br><input type="checkbox"/> 看護職への道（資格の取り方、看護職になるための進路など）<br><input type="checkbox"/> 簡単な看護技術の体験（聴診器で心音を聞く、血圧や脈を測るなど）<br><input type="checkbox"/> その他（詳細は下欄にお書き添えください）    |                                        |                |
|                                                                                                                                                          | ※授業に関するご要望についてご自由にご記入下さい<br><br><br>（例1）キャリア学習として職業講話や職業インタビュー等、多くの社会人の方々と交流し、『働く』ということについて考える学習を計画しています。看護師という仕事についてお話いただきたいです。<br>（例2）学校外で学ぶ職場体験や地域の方から学ぶ機会が少ないので、地域の病院から看護師さんにおいでいただき看護職について話が聞け、体験ができるとありがたいです。<br>（例3）救急時や災害時看護、命を守る仕事についての話も希望します。 |                                        |                |
| 8. 取材対応の可否                                                                                                                                               | 地元紙などメディアの取材に <input type="checkbox"/> 協力できる <input type="checkbox"/> 協力できない<br>※ご協力いただける場合は、地元メディア等に取材案内を配信します。取材の申込みは看護協会<br>で受け付けます。                                                                                                                  |                                        |                |
| 9. 講師への謝礼                                                                                                                                                | 謝 礼：支払い可能額【¥                      】<br>交通費：実費【¥                      】まで支払い可能                                                                                                                                                                            |                                        |                |
| 10. その他<br>（希望、連絡など）                                                                                                                                     | （例1）保護者も一緒に参加したい （例2）職業体験の1日行事の中で実施したい など                                                                                                                                                                                                                |                                        |                |
| ※ご記入いただいた情報や出前授業後にご提出いただく実施報告の内容は、「看護の日・看護週間」事業の広報活動でのみ利用します。                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                |
| <p align="center"><b>【お申込み・お問合せ先】</b><br/> <b>公益社団法人長崎県看護協会 総務部</b><br/>         TEL：0957-49-8050 FAX：0957-49-8056 E-mail：soumu@nagasaki-nurse.or.jp</p> |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                |