

福島県看護協会 福島県ナースセンター 行
FAX 送信先 024 - 991 - 6002

参加人数報告書【実施当日に送信してください】

病 院 名 _____

報告者名 _____

看護体験日 令和 8 年 月 日 ()	
参加生徒数	名
◇欠席者 (名簿 NO.)	(氏名)
◇無断欠席者 (名簿 NO.)	(氏名)
◇遅刻者 (名簿 NO.)	(氏名)
◇早退者 (名簿 NO.)	(氏名)
◇備考	

※16:00 までに参加生徒数を FAX でお知らせください。