

ふれあい看護体験同意書

この度、医療法人社団 洲本伊月病院において（体験者氏名：）_____がふれあい看護体験に参加することに同意します。

また、このふれあい看護体験における感想文や写真（体験者本人の許可を得たもの）を日本看護協会・兵庫県看護協会、また洲本伊月病院の発行物やホームページへの掲載や広報などに使用することについても同意します。

同意日：_____年_____月_____日

体験者氏名：_____

保護者氏名：_____