

平成 29 年度

看護職再就業支援研修会 受講申込書

申込締切 6月8日(木)

6月 1日現在で記入

フリガナ 氏名	西暦 19 年 月 日 () 歳	職種 (該当するものに○をしてください) 保健師・助産師・看護師・准看護師
生年月日	〒 (-)	
住所	電話 (自宅) (- -) (携帯) (- -)	
離職期間	年 カ月	
看護職歴	実務経験年数 年	{ 保健師 約 年間 助産師 約 年間 看護師 約 年間 准看護師 約 年間
就職希望施設	①病院 ②診療所 ③介護老人保健・福祉施設等 ④訪問看護ステーション ⑤ その他 ()	
希望する実習施設を記載してください。 第1希望 () 第2希望 () ※ 但し、実習場所については、調整させていただきます。		
白衣のサイズ	(S ・ M ・ L ・ LL) ※ナースシューズ (白のスニーカータイプ) は各自で準備してください。	
研修会場までの移動 (該当するものに○をしてください)	(徒歩 ・ バス ・ 自家用車 ・ 電車)	

注：本申込に際して収集した個人情報は、「看護職再就業支援研修会申込受付」に使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。