

令和2年度富山県看護協会
看護職員再就業支援研修 申込書
(富山県委託事業)

(申込年月日)

西暦 年 月 日

・記入欄には正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。

・年齢・実務年数は申込日現在で記入してください。

研修名	<input type="checkbox"/> 定期研修 <input type="checkbox"/> 随時研修(病院)		
ふりがな	生年月日		
氏名	西暦 年 月 日 (歳)		
会員状況	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員	ナースセンター 登録状況	<input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 未登録
保有免許	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		
自宅住所	〒		
	自宅TEL	携帯TEL	
現在状況	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> その他 () 最終勤務先 ()		
実務経験年数	年 ヶ月	離職期間	年 ヶ月
受講動機			
研修をどこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> 市町村広報誌 <input type="checkbox"/> 協会ホームページ	<input type="checkbox"/> ナースセンターからの案内 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ハローワークからの紹介
一時保育	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		

* 随時研修(病院)を希望される方はご記入ください

希望実習施設	第1希望	病院	第2希望	病院
白衣貸与	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ※有りの場合は下記をご記入ください			
	白衣タイプ	<input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> ワンピースタイプ		
	白衣サイズ	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> EL		

個人情報の取り扱い: 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用いこの利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。