

## 訪問看護キャリア支援セミナー 申込書

- ・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2024年4月1日を基準に記入してください。

(申込年月日)

西暦 年 月 日

参加希望日程 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 第1回 2024年7月30日(火) 13:30~15:00
	<input type="checkbox"/> 第2回 2024年11月12日(火) 13:30~15:00
ふりがな	生年月日
氏名	西暦 年 月 日( 歳)
連絡先	〒
	携帯電話番号
	メールアドレス
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
現在の状況	<input type="checkbox"/> 未就業 (離職期間: 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 看護職として就業中
看護実務経験年数	<input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上
セミナーをどこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> 教育研修計画 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他( )
セミナーで 聞きたいこと	

【問合せ先】 富山県訪問看護総合支援センター TEL 076-431-0230 / FAX 076-431-0227

申込みをもって受講決定とします

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。