

看護職員再就業支援研修 申込書

(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。

研修名 ※参加希望 全てを選択	<input type="checkbox"/> 1回目 令和6年6月4日(火) 10:00~12:30		
	<input type="checkbox"/> 2回目 令和6年7月2日(火) 10:00~12:30		
	<input type="checkbox"/> 3回目 令和6年8月6日(火) 10:00~12:30		
	<input type="checkbox"/> 4回目 令和6年9月3日(火) 10:00~12:30		
ふりがな	生年月日		
氏名	西暦 年 月 日( 歳)		
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	〒		
	携帯TEL		自宅TEL
	E-Mail		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 看護職として就業中 <input type="checkbox"/> 看護職以外で就業中		
実務経験	年      ヶ月	離職期間	年      ヶ月
受講動機			
保育料の補助※	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

※本研修を受講するために一時保育を利用した場合、半額を補助します

ナースセンター登録状況	<input type="checkbox"/> 未登録 (ID:あり・なし) <input type="checkbox"/> 登録済み ( K                      )	
看護協会入会状況	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 (No.                      )	

【問合せ先】 富山県ナースセンター TEL 076-433-5251 / FAX 076-433-5281

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。