

看護職員再就業支援研修 技術チェック研修 申込書

・記入欄は正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。

(記入目)

西曆 年 月 日

ふりがな		生年月日	
氏名		西暦	年 月 日(歳)
保有免許	☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師		
自宅住所	〒		
	携帯TEL		自宅TEL
	E-Mail		
現在の状況	☐ 未就業 ☐ 看護職以外で就業中 ☐ 看護職として就業中（1年以内） → 勤務先：		
総実務経験年数	年 ヶ月	直近の離職期間	年 ヶ月
受講動機			
研修をどこで知りましたか	☐ 新聞・ちらし ☐ 富山県看護協会・ナースセンター公式サイト ☐ インターネット検索 ☐ SNS ☐ 家族・友人・知人の紹介 ☐ ハローワークの紹介 ☐ ナースセンターの紹介 ☐ その他（ ）		
【研修後記入】			
研修後の所感			

お問い合わせ先 : 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。

【ナースセンター使用欄】

[illegible]