

## 平成 23 年度 再就職技術講習会申込書

電話・来所 年 月 日 受付

希望の研修施設名													
氏 名	(ふりがな) ----- -----												
住 所	〒 ー ----- -----												
電 話 番 号	( )												
資 格 (取得資格全てに○をつけて下さい)	保健師 助産師 看護師 准看護師												
年 齢	才												
過去の経験年数 と 経験科目 (内容等)	3年未満 5年未満 10年未満 10年以上( 年) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>保 健 師</td> <td>年</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>助 産 師</td> <td>年</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>看 護 師</td> <td>年</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>准 看 護 師</td> <td>年</td> <td>ヶ月</td> </tr> </table>	保 健 師	年	ヶ月	助 産 師	年	ヶ月	看 護 師	年	ヶ月	准 看 護 師	年	ヶ月
保 健 師	年	ヶ月											
助 産 師	年	ヶ月											
看 護 師	年	ヶ月											
准 看 護 師	年	ヶ月											
	内容又は 科目												
離 職 年 数	3年未満 5年未満 10年未満 10年以上 ( 年)												
就 業 希 望 時 期	_____年 _____月から就職を希望する												
白 衣	* 白衣の貸与をご希望の方は、サイズをお知らせください。 S M L 自分の白衣 ナースシューズ (スニーカーOK、サンダルタイプ×)												
ナースセンター 登録の有無	あり なし												

※本講習会は現在未就業の看護職で、県内施設への就業を希望する方が対象です。就業中の方はご遠慮下さい。

※受講できる講習会は1施設のみです。過去にナースセンター主催の技術講習会を受講された方はご遠慮下さい。

※申込書にご記入いただく個人情報に関しましては、個人情報保護法を遵守し、この研修以外の目的には使用しません。