**平成27年度　再就職支援研修会申し込み用紙**

**送付先（Fax）： 0263‐34‐0311　　郵送可**（平成　　年　　月　　日）

|  |
| --- |
| 希望のコースに○をし、**開催開始日・会場名**を記入してください。・**復職セミナー**　　　　　日程調整中　　　　　　　会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（決まり次第ホームページ、チラシなどでお知らせします。） |
| ・**病院研修**コース　　　　開催開始　　月　日～　　会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(申込期間は開始２週間前まで) |
| ・**助産師研修**コース　　　開催開始　　月　日～　　会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (申込期間は開始２週間前まで)　　　 |
| **ふ　り　が　な** |  | 所有免許に○をしてください。保健師・助産師・看護師・准看護師 |
| **氏　　名** | 　　　　　　　　　　　　　　年齢(　　　歳) |
| **自宅住所**（集合場所等のご案内を郵送します。正確にご記入下さい。） | 　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅ＴＥＬ(　　　　　　　　　　　)携帯ＴＥＬ(　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　 |
| **現在の状況****（看護職として）** | いずれかに○をしてください。・就業中　（常勤　・　非常勤）就業先施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　①病院　　　②診療所　　　③訪問看護ステーション　　　　④市町村　　⑤その他(　　　　　　　　　　　　　　)・離職中　　　　離職中の方は、離職年を記入してください。　　　　　　　　（西暦・昭和・平成）　　　　年　　　月頃退職 |
| **職　歴**（研修内容など計画の参考にします） | ↓数字を記入　　　↓経験診療科目を記入病棟　　　　　　約　　　年　　（　　　　　科・　　科・　　　　　　　　　　）外来　　　　　　約　　　年　　（　　　　　科・　　科・　　　　　　　　　　）訪問看護　　　　約　　　年　　福祉施設　　　　約　　　年　　（　　　　　科・　　科・　　　　　　　　　　）その他（　　　）約　　 年　　 （ 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　） |
| 研修会中の**託児**利用 | いずれかに○をしてください。（託児を希望する・希望しない）希望する方は以下にも記載・託児するお子さんの（　　　　　　）（　　　　　　）・生年月日　平成　　年　　月　　日生・平成　　年　　月　　日生・託児所へ特に伝えておきたいこと（ 　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研修に対する希望など |  |