

2019年度 看護職の再就職支援研修会 申込用紙

(様式3)

送付先：郵送 または Fax：0263-34-0311

<p>・病 院コース</p> <p>会場名 _____ 開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____</p> <p>(申込期間は開始2週間前まで)</p>	
<p>・助産師コース</p> <p>会場名 _____ 開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____</p> <p>(申込期間は開始2週間前まで)</p>	
<p>・訪問看護見学コース</p> <p>希望する訪問看護ステーション _____ 見学希望 _____ 月 頃</p> <p>(具体的に希望する訪問看護ステーションがある場合は記載) (申込期間は希望1ヶ月前まで)</p>	
フリガナ	
氏 名	取得免許に○をしてください。 保健師・助産師・看護師・准看護師
年齢( )	
自宅住所 (研修内容等の案内を郵送します。正確に記入してください)	〒 _____ 電話番号 (※連絡が確実にできる) [ _____ ]
現在の状況 (看護職として)	該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください。 1 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( _____ ) 2 離職中 離職中の方は、離職年を記入してください。 西暦 ( _____ 年 _____ 月頃) 退職
研修会中の 託児利用 (無 料)	該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください。 1 託児を希望する 2 託児を希望しない ↓ ※託児を希望する場合は以下にも記載してください。 ・託児を希望するお子さんの人数 ( _____ 人 ) 年齢 ( _____ 歳 _____ カ月) ( _____ 歳 _____ カ月) ( _____ 歳 _____ カ月) ・利用予定施設 ( _____ ) ※1 院内保育は、月齢によって、利用できない場合があります。 ※2 院外保育は、受講者自身で託児施設を探してください。施設利用料金を当看護協会が負担するため申込時に、下記へ連絡ください。
研修会に対する 希望など	
長野県ナースセンター登録について	該当するものに○をしてください。 【とどけるん】 登録： ある ・なし ・不明 ※登録がない場合は、ナースセンター 【eナースセンター】登録： ある ・なし ・不明 で代行登録させていただきます。

※<個人情報に関する取扱い> 個人情報は標記研修会に係る目的のみに使用し、適正に管理します。

問合せ先 公益社団法人 長野県看護協会 ナースセンター部 TEL：0263-35-0067