2019年度　看護職の再就職支援研修会 申込用紙　（様式8）

送付先：郵送　または　Fax：0263－34－0311

・病　院コース　会場名＿＿＿＿＿＿＿＿　開始日　月　日　～ **（申込期間は開始２週間前まで）**		
・助産師コース　会場名＿＿＿＿＿＿＿＿　開始日　月　日　～ **（申込期間は開始２週間前まで）**		
フ リ ガ ナ		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**
氏　　名	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　　ヵ月）（　　歳　　ヵ月）（　　歳　　ヵ月） ・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、ナースセンターで代行登録させていただきます。 【ｅナースセンター】登録：　ある　・なし　・不明	

※＜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　℡：0263-35-0067