

2020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

該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください。

・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)
・訪問看護見学コース	希望する訪問看護ステーション _____ 見学希望 _____ 月 _____ 頃 (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)
フ リ ガ ナ	取 得 免 許
氏 名	保健師・助産師・看護師・准看護師 年齢()
自宅住所	〒 _____ 電話番号 (連絡が確実に取れる番号)
実務経験年数 (複数回答可)	※1 研修のカリキュラム作成に必要ですので、記載をお願いします。 ・保健師 ()年 ・助産師 ()年 ・看護師 ()年 ・准看護師 ()年 就業経験のある主な施設 ①病院 ②診療所 ③訪問看護ステーション ④市町村 ⑤福祉施設 () ⑥その他 ()
現在の状況 (看護職として)	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福祉施設 () ⑥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)	1 託児を希望する 2 託児を希望しない ↓ ・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 () ※2 院内保育は、月齢によって利用できない場合があります。 ※3 院外保育は、受講者自身で託児施設を探してください。費用は、後日補填します。
研修会に対する 希望など	

※<個人情報に関する取扱い> 個人情報は長野県看護協会個人情報保護規定により適正に管理します。

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