**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 |  | |