**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  【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　℡：0263-35-0067