

平成29年度 看護職員再就業支援セミナー申込書

* 該当欄に記入または○で囲んで下さい

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		性別		年齢		歳
氏名		生年月日		年	月	日
現住所	〒 -					
電話番号 (連絡先)	携帯電話		自宅電話			
e-mail アドレス	@					
最終学歴 (看護学校)						
職歴	勤務先	勤務期間	勤務先	勤務期間		
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		
取得免許 (免許番号)	保健師	免許番号				
	助産師	免許番号				
	看護師	免許番号				
	准看護師	免許番号				
看護職として 通算経験年数	年 月					
離職期間	年 月 (最終退職年: 年 月)					
就職に考慮 すべき家族	1、子ども	名	(歳	歳	歳)
	2、その他	名	(理由)		
保育所	該当するものに○を付けて下さい。					
	()	希望する	()	希望しない		
希望する講座	全講座 ()	希望の講座 (選択) (番号を記入して下さい)				
実習希望	川内市民病院 () ・ 済生会川内病院 ()					
	訪問看護ステーション () その他 ()					
	実習は希望しない ()					
研修会を知った きっかけ	()	ポスター	()	ホームページ	()	ハローワーク
	()	看護協会	()	タウン誌	その他 ()	
応募の動機をご記入下さい。						

今回記載された個人情報、鹿児島県への事業報告および本セミナーの目的以外には使用しません。

この個人情報は再就業研修終了後、当校が責任をもって保管、破棄致します。

→ ※ 託児をお申し込みの方は「託児利用申込書」をご記入下さい。