

平成 30 年度 復職支援研修参加申込書

提出日 年 月 日

ふりがな 氏名		年齢 歳	性別 男・女
住所	〒		
電話番号	① 携帯 ② 自宅・その他		
取得免許	① 保健師 ② 助産師 ③ 看護師 ④ 准看護師 *取得しているものすべてに○を付けて下さい。		
看護職勤務 経験年数	・保健師 年	・助産師 年	・看護師 年 ・准看護師 年
離職期間	最後の退職からの期間 約 年 ヶ月		
求職登録	・高知県ナースセンター 有・無 ・ハローワーク 有・無		
研修を何で知りましたか。			
復職する時期はいつごろを 予定していますか			
どのような職場で働きたい と思っていますか。	① 病院 ② 訪問看護ステーション ③ 介護老人保健施設等 ④ その他		
研修希望について（該当す るところに○を付けてくだ さい。	① 看護協会で行う 2 日間の研修を希望する。 ② 研修登録施設で行う 3 日間の研修を希望する。 ③ 上記、2 つの研修、両方を希望する。 ④ その他		

*個人情報については、守秘義務を遵守いたします。

【問い合わせ先】

〒780-8066

高知市朝倉己 825 番 5

公益社団法人高知県看護協会・高知県ナースセンター

T E L : 088-844-0678 088-844-0758 (専用)

F A X : 088-844-0053