

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		
看護協会会員 登録	・有 ・無		
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。	① ナースセンター ② 看護協会ホームページ ③ ハローワーク ④ テレビ ⑤ チラシ ⑥ 知人・友人 ⑦ その他 ()		
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 集合研修を希望する (2日間) 下記より選んでください。 ・中央地区 (月) ・西部地区 ・東部地区 ② 復職支援実務研修を希望する (3日間) 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
 TEL : 088-844-0678 088-844-0758 (専用)
 FAX : 088-844-0053