

## 令和5年度潜在看護職員復職研修事業参加者申込書

提出日 令和 年 月 日

ふりがな 氏 名		
	年 齢	
住 所	〒	
連 絡 先	(携帯) (自宅・その他) ※必ず連絡が取れる番号をご記入ください	
取 得 免 許	保健師      助産師      看護師      准看護師 *取得しているものすべてに○を付けてください。	
経 験 年 数	約          年	看護職の離職期間 約      年          ヶ月 (最後の退職からの期間)
サ イ ズ	普段の服のサイズ (          )	身長 体重
一時保育	希望する	希望しない

\* 個人情報について、守秘義務を遵守させていただきます。

### 【問合せ先】

〒780-8066

高知市朝倉己 825 番地 5

高知県ナースセンター

担当: 谷口 喜美代 利岡 裕美

TEL: 088-844-0758

FAX: 088-844-0053

Mail: infonurse@kochi-kangokyokai.or.jp