**職　歴　調　査　票**

　今回の再就職支援研修会に参加いただきありがとうございます。

長野県ナースセンターがおこなう再就職支援のために、調査票の記入をお願いします。（就業中の方は差支えない範囲でお答えください。）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種（保　助　看　准看）

再就職支援研修会会場　　　　　　　　　　　　病院

研修開始日　　　　　　月　　日から

1　職歴（経験年数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　棟 | 外　来 | 経験診療科目 | 福祉施設 | その他 |
| 記入例）　５年 |  | 内科３年　外科２年 | ディサービス　２年 |  |
|  |  |  |  |  |

2　今後の再就職支援のために、希望雇用形態があれば〇をしてください。

　　常　勤　　　非常勤　　　臨時（救護など）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました

※個人情報は再就職支援の目的のみに使用し、適正に管理します。

長野県ナースセンター　電話0263-35-0067