**平成29年度　再就職支援研修会申し込み用紙**

**送付先：〒390-0802松本市旭2丁目11-34　　長野県ナースセンター**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・「**復職セミナー」**　**注※希望会場に〇印をしてください**。　**①**　会場名　松本会場　9月12日（火）    **②**　会場名　長野会場10月19日（木） | | |
| ・病院研修コース　　　　　　　　　開催開始　　月　日～　　会場名  (申込期間は開始２週間前まで) | | |
| ・助産師研修コース　　　　　　　　開催開始　　月　日～　　会場名  (申込期間は開始２週間前まで) | | |
| **ふ　り　が　な** |  | 所有免許に○をしてください。  保健師・助産師・看護師・准看護師 |
| **氏　　名** | 年齢(　　　歳) |
| **自宅住所等**  （ご案内を郵送します。正確にご記入下さい。） | 〒  住所  メールアドレス：  自宅ＴＥＬ(　　　　　　　　　　　)  携帯ＴＥＬ(　　　　　　　　　　　) | |
| **離職状況**  **（看護職として）** | 離職して約　　　　　　年 | |
| **職　歴**  （研修内容など計画の参考にします）  **登録状況**  （〇をしてください） | 該当に記入をしてください。　　↓経験診療科目  ・病院　　　　　約　　　年（　　　　 　科　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）  ・クリニック（医院）  　約　　　年（　　　　 　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・訪問看護　　　約　　　年  ・福祉施設　　　約　　　年  ・その他（　　　　　　　　　　　）約　　 年（ 　　　　　　　　　 　 　　　 　）  とどけるん　　　　　あり　　　　　　　　　　なし　　　　不明  ｅナースセンター　　あり　　　　　　　　　　なし　　　　不明  ハローワーク　　　　あり（有効期間3ヶ月）　なし　　　　不明 | |
| **託児**（一時保育）利用の場合 | 託児所住所  電　　　話  保育所名  ※託児料金は、協会で負担いたします。後日、請求書または領収書を提出してください | |
| 備　　　考 |  | |

※個人情報に関する取扱い　個人情報は標記研修会に係る目的のみに使用し、適正に管理いたします。