**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。