平成 30 年度　復職セミナー 申込用紙

送付先：郵送　または　Fax：0263 - 34 - 0311

希望の会場に〇を付けてください。	①会場名：松本会場　10 月 31 日（水） ②会場名：長野会場　11 月 28 日（水）	
フ リ ガ ナ		取得免許に〇をしてください。 **保健師・助産師・看護師・准看護師**
氏　　名	年齢(　　)	
自宅住所 （研修内容等の案内を郵送します。正確に記入してください）	〒 住所： 電話番号： メールアドレス：	
離職の状況 (看護職として)	西暦（　　年　　月頃）退職	
職歴	該当に記入ください。　　（ ）は経験した診療科目 ①病院　　約　　年　（　　） ②診療所　　約　　年　（　　） ③訪問看護ステーション　約　　年 ④福祉施設　　約　　年 ⑤その他(　　) 約　　年	
登録状況	該当するものに〇をしてください。 【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　　なし　　不明	
研修会中の 託児利用 （無　料）	該当するものに〇をつけ、必要事項を記入してください。 **１　託児を希望する**　　**２　託児を希望しない** ⇓ ・託児を希望するお子さんの人数（　　人） 年齢（　　歳　　ヵ月）（　　歳　　ヵ月）（　　歳　　ヵ月） ・利用予定施設（　　） ※施設利用料金は当看護協会が負担します。	
長野県ナースセンター登録について		

※＜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、適正に管理します。

問合せ先　公益社団法人　長野県看護協会　ナースセンター部　℡：0263-35-0067