

平成29年度 鹿児島地区（第1回・第2回）再就業支援セミナー受講申込書（様式1）

*該当欄に記入または○で囲んでください。 申込日（平成 年 月 日）

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				(年齢 歳)
現住所	〒 -			
電話番号 (連絡先)	携帯電話	()	自宅電話	()
	FAX	()		
e-mail アドレス	@			
最終学歴 (看護学校)				
資格免許 (免許番号)	保健師	免許番号	_____	
	助産師	免許番号	_____	
	看護師	免許番号	_____	
	准看護師	免許番号	_____	
職歴等	就業状況 就業者(看護職・看護職以外)・未就業 看護職での就業経験年数 年 月			
看護職の 離職期間	年 月 (最終退職年: 年 月)			
就職に考慮 すべき家族	1. 子ども 名 (歳 歳 歳 歳) 2. その他 名			
講習会を何で 知りましたか	1. 新聞 2. テレビ 3. 看護協会(ナースセンターだより等) 4. インターネット 5. その他 ()			
応募の動機・ 希望など お書き下さい	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
希望調査	【実務研修の希望】 ※ご希望の順に()内に1~3までご記入ください。 () 病院 () 福祉施設 () 訪問看護ステーション ※福祉施設: 介護老人保健施設または特別養護老人ホーム <hr/> 【託児希望の有無】 有(年齢 才 月) 無 → ※託児をお申込みの方は、裏面の「託児利用申込書」をご記入下さい。			

*今回記載された個人情報、鹿児島県への事業報告および本セミナーの目的以外には使用しません。

また、この個人情報は再就職支援セミナー期間終了後、当センターが責任を持って保管・破棄致します。

