

平成29年度 看護職員再就業支援セミナー申込書

* 該当欄に記入または○で囲んで下さい

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			性別		年齢		歳
氏名			生年月日		年	月	日
現住所	〒 -						
電話番号 (連絡先)	携帯電話		自宅電話				
e-mail アドレス	@						
最終学歴 (看護学校)							
職歴	勤務先	勤務期間	勤務先	勤務期間			
		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月			
		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月			
		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月			
取得免許 (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					
看護職として 通算経験年数	年 月						
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	(理由)			
保育所	該当するものに○を付けて下さい。						
	()	希望する	()	希望しない			
希望する講座	全講座 ()	希望の講座 (選択) (番号を記入して下さい)					
実習希望	川内市民病院 () ・ 済生会川内病院 ()						
	訪問看護ステーション () その他 ()						
	実習は希望しない ()						
研修会を知った きっかけ	() ポスター	() ホームページ	() ハローワーク				
	() 看護協会	() タウン誌	その他 ()				
応募の動機をご記入下さい。							

今回記載された個人情報は、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。
この個人情報は再就業研修終了後、当校が責任をもって保管、破棄致します。
→ ※ 託児をお申し込みの方は「託児利用申込書」をご記入下さい。

託児利用申込書

申込日 H 年 月 日

下記の通り、平成29年度再就業支援セミナー期間中において託児利用を申し込みます。

保護者氏名 _____

※個人情報は再就業支援研修会の託児に係る場合においてのみ使用させていただきます。

	利用するお子さんの氏名	生年月日 年齢	託児希望日・ 託児の経験	アレルギーの 有無	その他連絡事項等 (食事・トイレ・子の特徴)
1	(ふりがな) ニックネーム(ふだんの呼び名) 通園中の方はお書きください 【 】 保育園・幼稚園	H 年 月 日 歳 ヶ月	月 日 月 日 ※託児経験 (いづれかに○) 有・無 有の場合は 託児経験回数 ()回	有 無 ※有の場合原因となるもの []	食事: 排泄(トイレ): 子の特徴など:
2	(ふりがな) ニックネーム(ふだんの呼び名) 通園中の方はお書きください 【 】 保育園・幼稚園	H 年 月 日 歳 ヶ月	月 日 月 日 ※託児経験 (いづれかに○) 有・無 有の場合は 託児経験回数 ()回	有 無 ※有の場合原因となるもの []	食事: 排泄(トイレ): 子の特徴など:
3	(ふりがな) ニックネーム(ふだんの呼び名) 通園中の方はお書きください 【 】 保育園・幼稚園	H 年 月 日 歳 ヶ月	月 日 月 日 ※託児経験 (いづれかに○) 有・無 有の場合は 託児経験回数 ()回	有 無 ※有の場合原因となるもの []	食事: 排泄(トイレ) 子の特徴