　　　　　　　　　　　　　　　　　受付区分：　電話・ネット・来所・郵送・他（　　　　）

**令和2年度　潜在助産師再就業支援セミナー受講申込書**

**＊太枠内をご記入または○で囲んでください。**（記入日：令和　2年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日年齢 | （西暦）  　　　年　　月　　日生  　　　　　（　　　）歳 |
| 氏　名 |  |
| 現住所  （連絡先） | 〒　　－  鹿児島県　　　　　　市　　　　　　町　　　　　　番　　　　　号  ＴＥＬ　　　　（　　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　　）  携帯番号　　　（　　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　　）  メールアドレス（　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　） | | |
| 最終学歴  （助産師学校） | 学校名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業年：　　　　年　　月 | | |
| 免許番号 | 助産師免許番号（　　　　　　　　　　　　）登録日　　　年　　　月　　　日 | | |
| 経験年数と期間離職期間 | 助産師としての通算経験年数　　　　　　　　年　　　　ヶ月  助産師としての離職期間　　　　　　　　　　年　　　　ヶ月  看護師としての通算経験年数　　　　　　　　年　　　　ヵ月 | | |
| 現在の就業状況 | １、未就業　　　　２、助産師として就業し1年未満  ３、助産師以外の看護職（保健師・看護師等）で就業中 | | |
| 就業希望時期 | 助産師としての再就業希望時期  1.　未定　　　　2. （　　　　　）年　（　　）月頃から就職を希望する | | |
| ~~実習希望施設~~ |  | | |
| 本セミナーの  情報 | １．新聞　　２．ちらし　３．看護協会ホームページ　４・ナースセンターだより　　　　５．インターネット　６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 応募の動機・  希望など  お書き下さい |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

❊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。

また、この個人情報は再就業支援セミナー期間終了後、責任を持って保管・破棄致します。

**＊申込期限：令和2年11月20日（金）までにお申込ください。**