

令和3年度 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(令和3年 月 日)

フリガナ		生年 月日	年	月	日
氏名			(年齢 歳)		
現住所	〒				
連絡先	TEL	( )			
	FAX	( )			
e-mail					
取得免許 (実務経験年数)	保健師	助産師	看護師	准看護師	
	( 年 ヶ月)	( 年 ヶ月)	( 年 ヶ月)	( 年 ヶ月)	
就業状況	未就業 ・ 就業中 ( 看護職 ・ 看護職以外 )				
	※現在看護職で就業中の方は、就業施設の□にチェック(✓)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> デイケア・デイサービス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )				
看護職の 離職期間	年	ヶ月	(最終退職年:	年	月)
研修会を どのように 知りましたか (複数回答可)	1. 新聞 2. 看護協会誌(ナースセンターだより等) 3. テレビ 4. ナースセンター相談員からの連絡 5. ハローワークからの情報 6. ナースセンターホームページ 7. その他のWebサイト 8. その他 ( )				
応募の動機と 研修に期待 すること をお書き下さい	_____ _____ _____ _____ _____ _____				

\* 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、この個人情報は当センターが責任を持って管理いたします。