

## 令和6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 6年 月 日)

フリガナ		生年月日	(西暦)
氏名		年齢	年 月 日生 ( ) 歳
現住所 (連絡先)	〒 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 _____ ヶ月		
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		
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. ナースセンターたより 5. インターネット    6. その他（看護協会教育計画    )		
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、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6年9月2日（月）までにお申込ください。**