

令和5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□にチェック(✓)を入れてください

申込日 (令和5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 (看護経験年数)	<input type="checkbox"/> 保健師 (経験年数 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 助産師 (経験年数 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 看護師 (経験年数 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 准看護師 (経験年数 年 ヶ月)				
就業状況	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 看護職で就業中 【就業中の施設】 ※番号に○印をつけてください(複数回答可) 1 病院 2 診療所 3 訪問看護ステーション 4 特別養護老人ホーム 5 有料老人ホーム・グループホーム 6 デイケア・デイサービス 7 その他 () <input type="checkbox"/> 看護職以外で就業中				
看護職の 離職期間	年 ヶ月				
研修会を どのように 知りましたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 看護かごしま(ナースセンターだより) <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> ナースセンター相談員 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> ホームページ (<input type="checkbox"/> ナースセンター <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()				
応募の動機					

* 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。