

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 年 月 日)

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)
氏名			
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 <b>【就業中の施設】 ※番号に○印をつけてください(複数回答可)</b> 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 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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

\* 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。