

令和8年度 再就業支援セミナー受講申込書

*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8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			
e ナース登録	<input type="checkbox"/> 登録あり (K) <input type="checkbox"/> なし		
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 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"/> 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 (メール 電話) <input type="checkbox"/> その他 ()		
応募の動機			
セミナー受講 希望	<input type="checkbox"/> 講義編 9月17日 (木) <input type="checkbox"/> 実習編 10月8日 (木) *どちらも可、両日可		
見学研修 希望調査	※ご希望の施設種別について、それぞれ○印を1つ書いてください。 【第1希望】 病院 ・ 訪問看護ステーション・施設 (地区) 【第2希望】 病院 ・ 訪問看護ステーション・施設 (地区)		

* 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。