

令和 8 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 8 年 月 日)

フリガナ			
氏 名		生年月日 年齢	(西暦) 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 8 年 9 月 15 日（火）までにお申込ください。**