受付区分：　電話・メール・来所・郵送・マナブル

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〇で囲んでください。　　（記入日：令和　８年　　月　　日）

フリガナ		生年月日 年齢	（西暦） 年　月　日生 （　　）歳
氏　名			
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 10 月 16 日（金）までにお申込ください。