

平成 29 年度 看護職員再就業支援研修参加申込書

申込年月日 平成 年 月 日

1. 参加希望者について

ふりがな 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒	TEL 携帯	
免許種別	ア 保健師 イ 助産師 ウ 看護師 エ 准看護師		
	取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
	免許証番号	第 号	
全就業年数	年 月	これまでに経験した診療科	ア 内科系 イ 外科系 ウ 整形外科 エ 小児科 オ 産婦人科 カ 精神科 キ その他 ()
離職期間	年 月		
就業中の方は、就業施設名			
退職予定年月日	年 月 日		

2. 参加希望される研修について

実習希望施設種別に○をつけてください	特別養護老人ホーム ・ 老人保健施設 ・ 訪問看護ステーション
実習希望施設名 (近隣にあれば記入)	
実習希望時期	10月 ・ 11月
希望する研修内容 (具体的に)	

3. 保育支援(託児料利用)の希望者のみご記入ください。

保育支援希望の有無	() 希望する () 希望しない		
保育園、託児所利用したい子の年齢	①	②	③
希望する託児、保育施設名			

記入上の注意 1 該当する事項は○で囲んでください。

2 「離職期間」は、最後に退職した後から現在までの期間を記入してください。

取得した個人情報、研修会、就業相談に関する業務以外には利用しません。

申込書は郵送・FAXで送って下さい。

岐阜県ナースセンター：(FAX) 058-277-1011

〒500-8384 岐阜市藪田南5-14-53 県民ふれあい会館第1棟5階