

# 平成 30 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		
全就業年数	年      ヶ月		
離職期間	年      ヶ月		
就業中の方は、就業施設名			

## 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 ・ 介護老人保健施設 ・ 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	9月      ・      10月
希望する研修内容	

## 3. 保育支援（託児利用）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、託児所を利用したい子の 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でお送り下さい。**

**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**