

申し込み先 岐阜県ナースセンター

FAX 058-277-1011



看護職員等就業促進研修事業 研修参加申込書

申込み年月日 令和 年 月 日

1. 申込者名等

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒		
TEL 固定		FAX	
TEL 携帯		e-mail	
免許種別 等	() 保健師免許	() 看護師免許	
	() 助産師免許	() 准看護師免許	
	() 資格なし		
今までに就業した年数	約 年 ヶ月		
仕事をしていなかった期間	約 年 ヶ月		
直近の職歴(簡単に記載)	施設名・診療科等をご記入ください		
研修時のユニホームサイズ	SS・S・M・L・LL・その他 ()		

記入上の注意 1. 該当する事項を○で囲んでください。

2. それ以外は必要事項を空欄にご記入下さい。

3. 「仕事をしていなかった期間」は、最後に退職してから現在までの期間をご記入ください。

2. 実習希望される医療機関についてご記入ください。

実習希望施設	施設名	実習希望時期
第一希望		
第二希望		

3. 研修内容のご希望があればご記入ください。

--

※取得した個人情報は、研修会(研修先の施設への提供を含む)・就業相談に関する目的以外には利用いたしません。