FAX　058-277-1011

申し込み先

岐阜県ナースセンター

**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携帯 |  | | | FAX |  | | |
| 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（補助者希望） | | | | | | |
| 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（最後に退職してから現在までの期間） | | | | | |
| 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（　　　　　　　） | | | | |

２．実習希望される施設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。

|  |
| --- |
|  |

※お申し込み後、研修先の施設と日程調整をいたします。

※取得した個人情報は、研修先の施設への提供と就業相談の目的以外には利用いたしません。