**令和5年度　岐阜県委託事業**

**看護職員再就業支援研修申込書**

**研修日**

**1/16**

電話での予約がお済みの方は、下記内容をご記入の上、Fax・mail・郵送のいずれかで申込書をご提出ください。

Fax：058-277-1011

E-mail：gifu@nurse-center.net

郵送：〒500-8384 岐阜市薮田南5－14－53

　　　岐阜県ナースセンター

**申込日**

**/**

ナースセンター記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| eナースセンターの登録状況 | ・登録している　　・以前登録していた　　・未登録　 |
|  |  | 年齢 |  | 資格 | 保健師　・　助産師看護師　・　准看護師 |
| 住所 | 〒 |
| 携帯電話番号 |  | E-mail |  |
| 就業状況 | 1. 未就業
2. 就業中だが転職希望あり
3. （再）就業して1年未満
 |
| 経験年数 | 　　年　　　カ月 | 離職期間 | 　　　年　　　カ月 |
| 受講動機 | 1. 看護技術に対する不安がある
2. 看護経験不足
3. 最新の知識・技術の習得
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 受講後の学研eラーニング受講（2か月）（必須受講コンテンツがあります）（人数制限あり　先着順） | 　・希望する　　　　　　・希望しない |

※個人情報の取り扱い

本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送等に用い、その目的以外に用いることはありません