

再就業支援研修申込書

2次元コードからお申し込みが難しい方のみこちらをご使用ください。
その際は必ずナースセンターまでお電話ください(TEL058-277-1010)

参加希望日 月 日

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					
過去の当協会での 技術研修状況	・初めて受講			・R6年度受講			・R5年度受講			・不明		
氏名(フリガナ)				年				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 力月			離職期間			年 力月					
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(3か月)(必 須受講コンテンツがあ ります)	・希望する			・希望しない								



注目)プログラムB・Cにご参加の方で、聴診器をお持ちの方はご持参ください
聴診の演習がありますので、中にTシャツなど薄手の服を着てきてください