

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	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 以前登録していた <input type="checkbox"/> 未登録		
過去の当協会での技術研修状況	<input type="checkbox"/> 初めて受講 <input type="checkbox"/> R7年度受講 <input type="checkbox"/> R6年度受講 <input type="checkbox"/> 不明 <small>※この研修を初めて受講するかたを優先させていただきますのでご了承ください</small>		
氏名(フリガナ)	年齢	資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
住所	〒 -		
携帯電話番号	E-mail		
就業状況	<input type="checkbox"/> ① 未就業 <input type="checkbox"/> ② 就業者だが転職希望あり <input type="checkbox"/> ③ (再)就業して1年未満		
経験年数	年 月	離職期間	年 月
受講動機	<input type="checkbox"/> ① 看護技術に対する不安がある <input type="checkbox"/> ② 看護経験不足 <input type="checkbox"/> ③ 最新の知識・技術の習得 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		



注目)プログラムB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

※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