

平成30年度 看護職の再就職支援講習会 受講申込書

(該当箇所に○もしくは文字等をご記入下さい。)

研修を知った きっかけ	ナースセンターからの通知(メール・郵送)・ホームページ・相談窓口 その他()		
(ふりがな) 氏 名		生年月日 西暦 年 月 日	年齢 歳
職 種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
看護協会入会：	有 ・ 無 ⇒有の方は会員番号	日本看護協会	滋賀県看護協会
住 所	〒		
自宅電話番号		携帯番号	
現在の状況	・未就業中 ・その他()	経験年数	年 ヶ月
最終退職年月	S H 年 月	離職期間	年 ヶ月
白衣のサイズ	S M L LL		
最終就業施設	病院(急性期 療養型 その他) ・ 診療所 ・ その他() 訪問看護ステーション ・ 介護福祉施設		
就業希望施設	病院： 急性期 療養型 その他()		
受講動機			

*実習期間は10月11日～10月31日の期間中、実習施設が指定した日(2日間)

※申込み締切日：平成30年9月5日水)

<お問い合わせ・お申込先>
〒525-0032 滋賀県草津市大路二丁目11-51
公益社団法人滋賀県看護協会・滋賀県ナースセンター
TEL：077-564-9494
FAX：077-562-8998