

郵送でお申し込みください

公益社団法人佐賀県看護協会 ナースセンター

〒849-0201佐賀市久保田町大字徳万1997-1 TEL0952-51-3511

平成27年度看護職再就業支援研修会受講申込書				平成	年	月	日
ふりがな				生	年	月	日
氏名				昭和	年	月	日(歳)
自宅住所	〒 自宅Tel 携帯Tel						
最終専門学歴 (看護学校など)	昭和 平成 年度卒業						
看護職免許	取得免許に○をしてください。 保健師 助産師 看護師 准看護師						
免許取得後の 就業状況	期 間			内 容			
	数字を記入してください。			経験部署に○をしてください。経験科を記入してください。			
	年～	年(約)	年	病棟	外来	その他	科 科
	年～	年(約)	年	病棟	外来	その他	科 科
経験年数合計	年 ヶ月		離職	昭和 平成	年	月頃退職	
この研修会に参加するにあたっての動機をお聞かせください。							
学びたいことの要望をお聞かせください。							
実習を希望する分野をお聞かせください。 内科系 外科系							
研修会中の 託児利用 (1～6歳)	いずれかに○をしてください。 託児を希望する 希望しない 希望する方は以下にも記入してください。 ふりがな ・託児するお子さんの名前 () ・生年月日 平成 年 月 日生(歳) *希望者多数の場合は受け入れ調整をさせていただきます。						

※申込書で得た情報は参加状況および受付名簿作成にのみ使用します。

申込み締切

9月25日 (金)