

郵送またはメールでお申し込みください 申込み日 令和 年 月 日

公益社団法人佐賀県看護協会 ナースセンター mailアドレス saga@nurse-center.net

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

令和8年度 佐賀県看護職再就業支援研修会 受講申込書

研修区分	研修名		希望する期日の( )内に○印をする	申込締切日17時必着
研修1-1)	第1回 スキルアップ4日間 会場：看護協会看護センター	1回	( ) 令和8年 7月7・8・9・10日 (火・水・木・金)	6月5日(金)
	第2回 スキルアップ4日間 会場：看護協会看護センター	1回	( ) 令和8年11月10・11・12・13日 (火・水・木・金)	10月6日(金)
研修1-2)	第1回 看護現場で再就業体験コース 2日間	1回	( ) 令和8年7月14・15日 (火・水)	10月3日(金)
	第2回 看護現場で再就業体験コース 2日間	1回	( ) 令和8年11月17・18日 (火・水)	10月3日(金)
研修2	看護職再就業支援技術セミナー (採血・注射)	第1回	( ) 令和8年 7月24日(金)	7月10日(金)
		第2回	( ) 令和8年 8月21日(金)	8月7日(金)
		第3回	( ) 令和8年 9月18日(金)	9月4日(金)
		第4回	( ) 令和8年10月16日(金)	10月2日(金)
		第5回	( ) 令和8年 12月 4日(金)	11月20日(金)
氏名	ふりがな		生 年 月 日	
			昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	〒			
	自宅Tel	携帯Tel		
連絡用 メールアドレス	@			
専門学歴 ○をつけてください	( ) 看護大学 ( ) 看護3年課程 ( ) 保健師学校	( ) 看護短期大学 ( ) 看護2年課程 ( ) 助産師学校	( ) 准看護師養成所	(最終学歴) 昭和・平成・令和 年3月卒業
看護職免許 取得免許すべて○	( ) 保健師 ( ) 助産師 ( ) 看護師 ( ) 准看護師			
就業状況 免許取得後から 記載してください	期間：和暦・数字を記入してください。		内容：施設名、科名、病棟・外来等を記入してください。	
	年～	年(約 年)		
	年～	年(約 年)		
	年～	年(約 年)		
経験年数合計	年 ヶ月	離職	昭和・平成・令和	年 月頃退職
研修会に参加するにあたっての動機を記述してください。				
プログラムを読んで、特に身につけたいと思った知識・技術は何ですか。				
復職への意志や希望を記述してください。				
無料託児希望(研修区分 1-1)・1-2)のみ)	有	人数( )人		年齢
	無	なお無料の託児は佐賀市内に1ヶ所のみの利用になります。		
研修区分1-2)のみ 実習時の白衣サイズ希望	ワンピース(S・M・L・LL)		ツーピース 上着(S・M・L・LL) ズボン(S・M・L・LL)	
実習先希望 看護現場で体験 コース希望の方	対象者：前年度または今年度のスキルアップ研修受講者。別紙「令和8年度 看護現場で再就業体験コース実習施設一覧」を参照にご記入ください。実習は2日間同じ施設になります。なお、希望施設で実習ができない場合がありますのでご了承ください。			
	第1希望( ) 第2希望( ) 第3希望( ) □実習施設の希望なし			

※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。終了後は破棄します。