

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

申込み日 2019年 月 日

2019年度 看護職再就業支援研修会 (6日間コース) 受講申込書

希望開催期日：()第1回2019年9月30日(月) ～ 10月 7日(月)
()第2回2020年1月20日(月) ～ 1月27日(月)
※希望されるほうを選択して()の中に○を記入ください

ふりがな				生 年 月 日
氏 名				昭和 平成 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
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。				
復職への意志や希望				
託児希望	有	人数()人	年齢	
	無			
実習時の白衣サイズ希望	ワンピース(S M L)		ツーピース(S M L)	

※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 第1回再就業支援研修：2019年8月16日(金)

第2回再就業支援研修：2019年12月6日(金)