

令和元年度体験型再就業チャレンジ研修申込書

住所 〒

フリガナ
氏名

生 年 月 日	西暦 年 月 日		才
連絡先 電話・FAX 番号	電 話 : FAX :		
派遣希望病院・ 訪問看護ステーション	第1希望 第2希望		
研 修 コース (○をつける)	()病院	() 3日間コース	
	()訪問看護ステーション	() 日間コース	
	()助産師コース		
免許種別(○をつける)	()保健師 ()助産師 ()看護師 ()准看護師		
一時保育(託児) (○をつける)	()要 ()不要 ※ 要の場合、年齢・人数		
経験年数 離職期間	約 年 約 年		
連絡事項等	①交通手段：バス 電車 自家用車 その他 () ②研修可能日： ③研修可能時間： ④白衣借用 (要・不要) 要の場合 () サイズ ⑤希望研修内容 ⑥再就業準備講習会受講の有無 有(受講年月： 年 月 会場名：) 無 ⑦その他(連絡したいことや希望・要望、質問等があればお書きください)		

- 注)・派遣先施設は、あらかじめ研修受入施設して登録された病院・訪問看護ステーションの中から、研修希望者住所地の最寄りの施設が選定されます。(希望どおりにならない場合があります)
- ・個人情報利用目的：病院・訪問看護ステーション派遣型再就業研修の実施に伴う施設への情報提供及び、研修中の損害保険加入に伴う保険会社への情報提供