

## 令和元年度【介護施設等再就業研修】申込事項

申込日 2019年 月 日

フリガナ		性別		
氏名				
職種	○をつける 保健師 助産師 看護師 准看護師			
生年月日	西暦 年 月 日 ( 才)			
住所	〒			
連絡先	携帯電話 E-mail			
経験・離職について	経験年数 年	離職年数 年		
ナースセンター登録	○をつける あり なし 登録をお願いします			
* 就業中の場合	勤務先 就業された時期			
託児について	○をつける 要 不要 必要な場合、名前と生年月日を記入してください。 名前 西暦 年 月 日生			
希望日	○をつける	第1回 看護協会	第2回 聖隷研修センター	第3回 プラサヴェルデ
		7月 24(水)25(木)26(金)	11月 18(月)19(火)20(水)	2月 5日(水)6(木)7日(金)