

# 平成29年度【再就業準備講習会】申込書

申込年月日	西暦 年 月 日				
フリガナ					
名前					
職種	保健師	助産師	看護師	准看護師	○で囲む
生年月日(年齢)	西暦 年 月 日 (才)				
住所	〒				
電話					
FAX					
離職／経験年数	離職年数	年	経験年数	年	
コース名 (ご希望のコースに ○を付けてください)	コース1	コース2	コース3	コース4	コース5
	5/16・17・18	6/21/22・23	7/26・27・28	9/5・6・7	10/18・19・20
	看護協会会館	浜松労災病院	三島総合病院	藤枝市立総合病院	聖隷三方原病院
	コース6	コース7	コース8		
	11/15・16・17	12/5・6・7	2/5・6・7		
	沼津市立病院	看護協会会館	看護協会会館		
一時保育	不要 ・ 要	子供氏名 ・ 性別 ・ 生年月日			
就業希望 時期・施設	西暦 年 月頃 ~ 病院 ・ 診療所 ・ その他( )				
ナースセンター登録	あり		なし		
	登録番号( )				

## 申込み・お問い合わせ先

静岡県ナースセンター本所 電話:054-202-1761 FAX054-202-1762 〒422-8067静岡市駿河区南町14-25エスパティオ3階	コース 1、7、8 看護協会会館	コース 4 藤枝市立総合病院
静岡県ナースセンター東部支所 電話:FAX 055-920-2088 〒410-0055沼津市高島本町1-3 県東部総合庁舎内	コース 3 三島総合病院	コース 6 沼津市立病院
静岡県ナースセンター西部支所 電話:FAX 053-454-4335 〒430-0929浜松市中区中央1丁目12-1県浜松総合庁舎内	コース 2 浜松労災病院	コース 5 聖隷三方原病院