

平成 29 年度【看護職員介護施設等再就業研修】申込事項

申込日 2017 年 月 日

フ リ ガ ナ 氏 名			性 別
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (才)		
住 所	〒		
連 絡 先 日中の連絡先を お書きください	電話 Fax E-mail		
職 種 ○で囲む	保健師 助産師 看護師 准看護師		
経験年数/離職年数	経験年数 年	離職年数 年	
ナースセンター登録 (求職登録)	あり なし		
受 講 動 機			
※就業している方 就 業 先 就業期間			
一時保育 ○で囲む	要 不要		

申し込み期日 平成 29 年 9 月 28 日(木)

公益社団法人静岡県看護協会 静岡県ナースセンター
TEL 054-202-1761 FAX 054-202-1762