

平成30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
	5/23,24,25	6/20,21,22	7/18,19,20	9/4,5,6	9/10,11,12
	看護協会会館	浜松労災病院	三島総合病院	看護協会会館	聖隷三方原病院
	コース6	コース7			
	11/14,15,16	2/13,14,15			
	沼津市立病院	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、4 & 7 看護協会会館	
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 県東部総合庁舎別館2階	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浜松市中区中央一丁目12-1県浜松総合庁舎10階	コース2 浜松労災病院	コース5 聖隷三方原病院