# 令和　年度体験型再就業チャレジ研修申込書

住所　〒

フリガナ
氏名

| | | |
|---|---|---|
| 生　年　月　日 | 西暦　　年　　月　　日<br>才 | |
| 連絡先<br>電話・FAX 番号 | 電　話：<br>FAX： | |
| 派遣希望病院・<br>訪問看護ステーション | 第1希望<br>第2希望 | |
| 研　修　コース<br>(〇をつける) | (　　)病院<br>(　　)訪問看護ステーション | (　　) 3日間コース<br>(　　)　　日間コース |
| | (　　)助産師コース | |
| 免許種別(〇をつける) | (　　)保健師　(　　)助産師　(　　)看護師　(　　)准看護師 | |
| 一時保育（託児）<br>（〇をつける） | (　　)要　(　　)不要<br>※ 要の場合、年齢・人数 | |
| 経験年数<br>離職期間 | 約　　年<br>約　　年 | |
| 連絡事項等 | ①交通手段：バス　電車　自家用車　その他（　　）<br>②研修可能日：<br><br>③研修可能時間：<br>④白衣借用 （ 要 ・ 不要 ） 要の場合（　 ）サイズ<br>⑤希望研修内容<br><br><br><br><br>⑥再就業準備講習会受講の有無<br>有（受講年月：　　年　月　会場名：　　）<br>無<br>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