

2019年度看護職員再就職支援セミナー受講申込書

フリガナ				西暦	年	月	日		
氏名				生年月日	(歳)				
住所	〒								
TEL	自宅：	()		※必ず連絡がとれるように、 両方お持ちの方は両方ご記入ください。					
	携帯：	()							
メールアドレス	※日中連絡が取りづらい方は必ず記載してください。								
保有資格	保健師	助産師	看護師	准看護師					
看護職での 通算経験 年数	・看護職としての通算経験年数 _____ 年 _____ ヶ月 ・これまで経験した施設をすべて○で囲み、最後に退職した施設は◎をつけてください 病院 診療所 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム その他介護施設 訪問看護ステーション その他								
最終離職 年月日	西暦	年	月						
各種登録の 有無	【新潟県看護協会】		【eナースセンター】		【看護職の離職時等の届出制度】				
	あり	なし	不明	あり	なし	不明	あり	なし	不明

参加を希望する研修名	参加希望地域	参加希望日
例) 基礎1日コース&ナースふれあいカフェ	例) 新潟	例) 6月7日

e-ラーニング受講を希望される方は、地域および参加希望日の記入は不要です。

※個人情報、本研修の目的以外には使用することなく、第三者に情報を提供することはありません。
 ※看護技術演習および体験コース、見学ツアーを受講される方は、研修補償制度の保険加入が必要です。加入の手続きおよび費用は新潟県ナースセンターが代行、負担します。
 ※締め切りは各講座によって異なりますので、各ページをご参照ください。受付確認後、順次新潟県ナースセンターから連絡をいたします。

【お申し込み先・お問い合わせ】

公益社団法人新潟県看護協会 新潟県ナースセンター
 〒951-8133 新潟市中央区川岸町2丁目11番地

TEL : 025 (233) 6011
 e-mail : niigata@nurse-center.net