

FAX : 025-265-4188

令和4年度看護職員再就職支援セミナー受講申込書

フリガナ		生年 月日	西暦	年	月	日
氏名						
住所	〒					
TEL						
メール アドレス	※お申込み受理後、メールでご連絡をさせていただきます。必ず連絡のつくアドレスを記載してください。					
保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 助産師		<input type="checkbox"/> 看護師	
	<input type="checkbox"/> 准看護師					
経験年数/ 離職年月	通算経験年数： 年 月 / 最終離職年月： 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
本セミナーは どこで 知りましたか ※複数回答可	<input type="checkbox"/> ナースセンターからの案内 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> ナースセンターのホームページ <input type="checkbox"/> 新潟県のホームページ <input type="checkbox"/> 市町村報・だよりなど)			

※経験年数は通算経験年数、離職年月は最後に退職した年月を記載してください。

◆希望のセミナーに○をつけてください

<input type="checkbox"/>	研修No.1 学研ナーシングサポート	<input type="checkbox"/>	研修No.2 ビジュアルナーシングメソッド
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	研修No.3 体験コース
--------------------------	--------------

※体験コース希望の方 パンフレットを参照し ご記入ください ・希望施設名 ・希望日(第3希望まで記入) ・希望時間 ・希望施設で体験したい内容	●希望施設名
	●希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
	●希望時間 ●希望日数
	●希望施設で体験したい内容 (ご希望に沿えない場合はご了承ください)

【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
 再就職支援セミナー 係

TEL : 025 (233) 6011
 FAX : 025 (265) 4188
 E-mail : niigata@nurse-center.net