

FAX : 025-265-4188

令和4年度看護職員再就職支援セミナー 10/13 (木) 新潟基礎コース 受講申込書

フリガナ				西暦	年	月	日	
氏名				生年 月日	(歳)			
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	ヵ月	／	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	あり	なし
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。

◆希望の参加方法に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	看護研修センター（講義＋演習）	<input type="checkbox"/>	zoom（講義のみ）
--------------------------	-----------------	--------------------------	------------

◆ワクチン接種 3回接種済の方は○をつけてください（未接種の方は、参加できません）

<input type="checkbox"/>	ワクチン接種 3回済
--------------------------	------------

【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