

FAX : 025-265-4188

令和5年度看護職員再就職支援セミナー<eラーニング>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 カ月 / 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 不明	あり なし 不明	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(チラシ・メール) <input type="checkbox"/> ナースセンター相談員からの案内 <input type="checkbox"/> 新潟県ホームページ <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"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 知人の紹介 )		

●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。

●申込書受付後、視聴に必要な個別IDとパスワードをご自宅に郵送します。視聴に関する資料も同封します。

【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

再就職支援セミナー 係

TEL : 025 (233) 6011

FAX : 025 (265) 4188

E-mail : seminar@niigata-kango.com