

FAX : 025-265-4188

令和5年度看護職員再就職支援セミナー 基礎コース受講申込書

開催日時 : 8月21日(月) 9:25 ~ 12:00

開催場所 : 新潟県看護研修センター 2階中研修室

フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
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
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"/> ナースセンターのホームページ <input type="checkbox"/> ナースセンター相談員からの案内 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 新潟県ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他(      )		

◆希望の受講方法に○をつけてください

	集合(看護研修センター)		zoom
--	--------------	--	------

●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。

●申込受付後、プログラム等の必要書類を、ご自宅に郵送いたします。

【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  
再就職支援セミナー 係

TEL : 025 (233) 6011  
FAX : 025 (265) 4188  
E-mail : seminar@niigata-kango.com