

FAX : 025-265-4188

令和6年度看護職員再就職支援セミナー受講申込書 <復職体験コース>

フリガナ		生年 月日	西暦			年	月	日
氏名						(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
職務経歴 (病院〇年、 介護施設〇年 …等)								
各種登録・加 入の有無	【新潟県看護協会】		【eナースセンター】		【届出制度・とどけるん】		【日本看護協会看護職賠償責任保険制度】	
	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(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()	

※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。

※看護職賠償責任保険制度未加入の方は、研修補償制度(日本看護学校協議会共済会)へ加入必須となります。

保険料は自己負担です(1,550円)。申込受理後、申込書に記載された住所へ振込用紙等の必要書類を郵送します。

◆下記に希望をご記入ください

※申込受理後、新潟県ナースセンターが希望施設と日程調整いたします。

※訪問看護ステーションでの体験は、当協会訪問看護推進課事業「就業支援プログラム」と共同で実施いたします。

そのため、申込内容を当協会訪問看護推進課と共有いたします。あらかじめご了承ください。

なお、日程調整等の連絡についても、当協会訪問看護推進課担当者より連絡いたします。

※再就職支援セミナー 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) ・希望日数 ・希望時間 ・希望施設で体験したい内容	●希望施設No./施設名
	No.
	●希望日 ※調整に時間を要するため、1ヵ月以上先の日程を記載してください ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
	●希望日数(半日、1日、2日間 等) ●希望時間(〇時~〇時、午前、午後 等)
	●希望施設で学びたい・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 : seminar@niigata-kango.com