

復職支援のための交流会（カフェ）参加申込書

F A X 0 7 8 - 3 4 1 - 0 3 4 0

申込期日：平成 30 年 11 月 30 日（金） 17：00 必着

ふりなが 参加者氏名			
住 所			
連絡先	TEL 番号	* 日中連絡の取れる番号を記入してください。	
	E-mail		

* 該当する職能に○印をつけてください。

職 能	保健師	助産師	看護師	准看護師
年 齢	歳			
ブランク歴	年	最終離職時期 年 月		

★復職に当たって悩んでいること。相談したいことなどがありましたらご記入ください。

◎託児所を希望される方は、必要事項をご記入ください。

預けられる子供さんの年齢	歳 か月	人
--------------	---------	---

※1歳以上のお子様为原则ですが、1歳未満の場合は事前にナースセンターにご相談ください。

問い合わせ先：兵庫県看護協会 ナースセンター
TEL:078-341-0240 担当：中野 長崎 木曾田