

2019年度 支所・サテライト研修申込書

姫路/北播	No.
申込日	月 日

Fax (078)341-0340 兵庫県ナースセンター 本所宛

フリガナ		男・女	歳
名前			
住所	〒 県・府 市		
自宅 TEL	()	—	
携帯 TEL	()	—	

希望するものに☑をつけ、空欄をご記入ください。

研修名	会場	希望日時	
<input type="checkbox"/> 一次救命処置(BLS)研修	兵庫県ナースセンター 姫路支所	月 日	10:30~12:00
<input type="checkbox"/> 採血・静脈注射技術研修	兵庫県ナースセンター 姫路支所	月 日	<input type="checkbox"/> 1回目 13:30~14:30
			<input type="checkbox"/> 2回目 14:30~15:30
<input type="checkbox"/> 採血・静脈注射技術研修	兵庫県ナースセンター サテライト北播	月 日	<input type="checkbox"/> 1回目 13:30~14:30
			<input type="checkbox"/> 2回目 14:30~15:30

該当するものに☑をつけ、空欄をご記入ください。

①	所持資格は何ですか。 <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
②	経験年数およびブランクはどれくらいですか。 経験年数 (年 ヶ月) ブランク (年 ヶ月)
③	就業が内定していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 就業中 (就業先:)
④	無料職業紹介サイト「eナースセンター」に登録されていますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない (有効期限切れも含む) <input type="checkbox"/> わからない
⑤	看護師等の届出サイト「とどけるん」に登録されていますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない
⑥	申し込まれた研修をどこでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> 兵庫県看護協会ホームページ <input type="checkbox"/> 職業安定所(ハローワーク) <input type="checkbox"/> 職場の方 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 広告 [<input type="checkbox"/> マスコミ広告(ポスター・チラシ) <input type="checkbox"/> マスコミ広告(新聞) <input type="checkbox"/> 広報誌(市町広報誌・サンケイリビング・ナースセンターだより・県民兵庫・看護ひょうご) <input type="checkbox"/> 交通広告(駅広告) <input type="checkbox"/> POP 広告(クリアファイル・封筒等) 等] <input type="checkbox"/> その他()
⑦	申し込まれた研修を以前に受講したことがありますか。 <input type="checkbox"/> 今回がはじめて <input type="checkbox"/> 受講したことがある。(年 月頃)