

【お申込み方法】 ホームページ・FAX・郵送にて受付 *後日、参加決定通知を送付します。(募集定員は30名)	
郵送先	〒650-0011 神戸市中央区下山手通5-6-24 兵庫県看護協会ナースセンター 再就業支援研修会事務局宛
FAX番号	078-341-0340
ホームページ	https://www.hna.or.jp

「再就業支援研修会」申込書

第1回 2019年9月3日(火)～9月7日(土)	申込期間：2019年7月22日(月)～8月16日(金)
第2回 2020年2月4日(火)～2月8日(土)	申込期間：2019年12月16日(月)～2020年1月15日(水)

*太枠内をすべてご記入のうえ、上記宛先までお申し込みください。質問内容により、をつけてください。

ふりがな		年齢	性別
氏名			女・男
自宅住所 *こちらの住所宛てに参加決定通知を送付します	〒		
電話番号			
Eメールアドレス *ある方のみで結構です			
この研修を何で知りましたか？			
eナースセンターに登録されていますか？	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> していない		
看護職等の離職時届出制度 「とどけるん」へのお届出はお済ですか？	<input type="checkbox"/> 届け出済み <input type="checkbox"/> まだ届出ていない <input type="checkbox"/> 知らない		
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		
過去の経験年数 (経験部署・内容など)	保健師：	年	ヶ月 ()
	助産師：	年	ヶ月 ()
	看護師：	年	ヶ月 ()
	准看護師	年	ヶ月 ()
最終お仕事からの離職年数	年	ヶ月	
就業希望時期	年	月	から就業希望
就業の希望施設があればご記入ください。			
実習を希望しますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
研修に当たっての要望			

◆本書に記載されました個人情報、当研修を円滑に実施するほか、当センターの事業のご案内や資料提供の送付のために使用させていただきます。また、第三者に情報提供・開示することはありません。