

平成 29 年度看護職再就業講習会参加申込書(1・2 月)

平成 年 月 日

氏名	フリガナ		
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	
住所	〒	電話番号	自宅 携帯
取得免許 種別	<input type="checkbox"/> 保健師 免許証番号 () ※必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> 助産師 免許証番号 () <input type="checkbox"/> 看護師 免許証番号 () <input type="checkbox"/> 准看護師 免許証番号 ()		
看護職歴 および 経験年数	<input type="checkbox"/> 病院 年 <input type="checkbox"/> 診療所 年 <input type="checkbox"/> 訪問看護 S T 年 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 年 <input type="checkbox"/> その他 () 年		
離職期間	年 月		
登録	「ナースセンターに登録されていますか」 <input type="checkbox"/> 登録有 <input type="checkbox"/> 登録無 <input type="checkbox"/> わからない		
会場(希望地)	<input type="checkbox"/> 嶺北会場：福井県看護協会会館 <input type="checkbox"/> 嶺南会場：福井県嶺南振興局二州健康福祉センター		

【申込方法】 郵送または F A X で下記までお願いします。

【申込締切日】 ■嶺北会場：1月19日(金)16時 必着 ■嶺南会場：2月23日(金)16時 必着

《受講申込先・連絡先》

福井県看護協会・福井県ナースセンター 〒918-8206 福井市北四ツ居町 601 TEL 0776-52-1857 FAX 0776-52-1858 担当 中江
--

※ 申込書にご記入いただく個人情報に関しましては、個人情報保護法を遵守し、この研修以外の目的に使用することはありません。