再就業支援研修　申込書

＜様式７＞

令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ　・　Ｈ　　　年　　月　　日（　　才） | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | 自　宅携　帯 |
| 職種※該当するもに○をつけてください | 保健師　　・　　助産師　　・　　看護師　　・　　准看護師 |
| 研修希望※希望地域に〇をつけてください | 講義　　　　　　　（　県央　・　県西　・　県南　）シミュレーション　（　県央　・　県西　・　県南　）実務　　　　　　　（　県央　・　県西　・　県南　） |
| 就業状況 | 未就業　（ブランク　　　年　　　か月）就業1年未満　（就業施設名　　　　　　） |
| 研修を何で知りましたか？ | ナースセンター　（　郵送　・　ＨＰ　・　メール　）市町村広報・ハローワーク・医療機関等・その他広報紙その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |