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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |