

平成 30 年度 看護職員再就業支援研修会申し込み用紙

開催日	月 日	研修名	
開催日	月 日	研修名	
開催日	月 日	研修名	
開催日	月 日	研修名	
開催日	月 日	研修名	
フリガナ			
氏名			
住所	〒 — —		
連絡先 電話番号	— —		
年齢	歳	ブランク	約 年 ヶ月
資格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
現在の状況	未就業 ・ 看護職で就業中 ・ 看護職以外で就業中 ・ 就業予定 (~)		
ご質問等			

* 「申し込み用紙」にご記入後、郵送または FAX でお申し込み下さい。電話でも受け付けています。

注意事項) ・ 研修会のお申込みはホームページ表示掲載分について受け付けております。

・ 「採血・注射」の受講は原則 1 回とさせていただきます。

・ お申し込み後、連絡先変更、研修会の変更等がございましたら必ずご連絡下さい。

申し込み先)

公益社団法人 熊本県看護協会

熊本県ナースセンター 〒862-0901 熊本市東区東町 3 丁目 10 番 39 号

TEL:096-365-7660 FAX: : 096-365-7640