

# 2025年度潜在看護職員再就業支援研修【eラーニング】受講申込書

フリガナ 氏名		年齢	( )歳
住所	〒		
TEL			
メールアドレス			
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		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 未就業（離職期間：        年        カ月    ）		
	<input type="checkbox"/> 看護職で就業中      【 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他（        ）】 *就業開始時期        年        月～		
	<input type="checkbox"/> 看護職以外で就業中    （        ）		
経験年数 退職年月	【経験年数】     年     カ月   / 【退職した年月】     年     月		
eナースセンター登録	<input type="checkbox"/> 求職票登録あり <input type="checkbox"/> 求職票登録なし		
eラーニング研修はどこで知りましたか *複数回答可	<input type="checkbox"/> 熊本県ナースセンターホームページ <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> ナースセンター情報誌 <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> すばいず <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> LINE広告 <input type="checkbox"/> ナースセンターで聞いた <input type="checkbox"/> 家族・知人・友人から聞いた <input type="checkbox"/> その他（        ）		

\*お申し込み後熊本県ナースセンターより、9時～17時の間に、確認のお電話を致します。  
この時間帯に対応ができない方は、必ず連絡がつく時間帯をメールでお知らせください。

【申込み・問い合わせ先】

公益社団法人熊本看護協会 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

EXAMPLE: Kuka43@pure.ocn.ne.jp