

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 月 )		
	<input type="checkbox"/> 看護職で就業中 【 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 福祉施設 <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 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"/> すぱいす <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