

# 看護力再開発講習会 受講申込書

(看護職の再就業のための講習会)

平成23年度 第3回 看護力再開発講習会  
(看護職の再就業のための講習会)の受講を申し込みます。

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 生年月日 年 月 日 生

1. 免許の種類 ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師
2. 看護職員としての経験年数 ( 年 月 )
3. 最終の職場(看護職)を離れてからの年数 ( 年 月 )
4. 実習病院の希望があれば開催要綱の実習病院一覧から選んでご記入ください。  
希望なし ・ 希望病院( \_\_\_\_\_ )
5. 白衣のサイズ(○をつけてください) S ・ M ・ L ・ LL
6. 今後の再就業の意志についてお伺いします。( )に○を付けて下さい。  
( ) [平成 年 月頃]から就業できる。  
( ) 時期は未定だが就業の希望はある。
7. 講習会受講後、再就業を希望される場合どのような所へ就職したいですか。  
・病院 ・診療所 ・介護老人保健施設 ・介護老人福祉施設(特養)  
・訪問看護ステーション ・その他( \_\_\_\_\_ )

★ ナースセンターへのご意見・ご希望をお聞かせ下さい ★

.....  
.....  
.....

## ～ 個人情報に関する取り扱い～

※ 社団法人 長崎県看護協会 長崎県ナースセンターは、本講習会に提供いただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し、下記の通り適切に利用し、管理いたします。

上記個人情報は次の目的のために利用します

1. 本講習会の運営資料として(連絡先・実習用品準備・経験資格条件 など)
1. 本講習会の修了証作成
1. 本講習会終了後の就業先案内(求人情報・研修会案内の提供)