

平成 23 年度 看護職のセカンドキャリアセミナー及び交流会 参加申込書

(就業中の方)
施設・事業所名 _____

〒 _____

所在地 _____ TEL _____

(未就業の方) 〒 _____

住所 _____ TEL _____

次の一覧表に氏名と該当するところに○印をご記入ください。

ふりがな 氏 名	年齢	資 格				定年退職までの期間		
		保	助	看	准	H24年3月	5年以上	その他
	歳							
	歳							
	歳							
	歳							

対 象 定年退職あるいは40歳以上で退職をお考えの看護職の方
 すでに退職し未就業等の看護職の方

参 加 費 無 料

申 込 切 日 平成24年2月29日(水)

申 込 方 法 郵送またはFAXでお申し込みください。

郵送： 〒854-0072 諫早市永昌町 23-6
 長崎県ナースセンター
FAX： 0957-49-8063

══════════════════════ ～ 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、ご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。

1. 本セミナー及び交流会の運営資料(名簿の作成)
1. ナースセンターからの情報提供