

別記様式第1号

広島県看護職員復職支援事業（実践研修）申込書

平成 年 月 日

公益社団法人広島県看護協会会長 様

広島県看護職員復職支援事業（実践研修）実施要領に基づく研修の受講を次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名	①
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒
連絡用電話・FAX番号	自宅電話番号： 携帯電話番号： FAX番号：
取得免許種別	保健師 助産師 看護師 准看護師 (※取得しているものすべてに○をしてください。)
看護職の経験年数 (通算で記載する)	約 年 (病院・診療所・その他)
看護職の離職期間 (最後の退職からの期間)	約 年
研修希望コース (希望の日間に○をする)	1 看護コース (5日間 10日間 15日間) 2 助産コース (20日~30日間)
一時保育の希望	有 ・ 無 (※どちらかに○をしてください。)
其の他	(何か連絡したいことや希望・要望・質問等があればお書きください。)

*ナースセンター記入欄 (事前研修 有 無)

(注1) 申込書は広島県ナースセンター宛に郵送してください。

(注2) 「看護コース」の場合は、看護師免許証または准看護師免許証の写しを添付してください。

「助産コース」の場合は、助産師免許証の写しを添付してください。

(注3) 研修先は、研修登録病院の中から研修希望者双方と調整の上で決定します。

【問い合わせ・申し込み先】

担当：広島県ナースセンター（広島県看護協会）
TEL：082-293-9786
FAX：082-295-6749
(〒730-0803 広島市中区広瀬北町9番2号)