研修システム申し込みから**1週間以内**に、本申込書に必要事項を記載の上、

**下記メールアドレス**または**FAX番号**までお送りください。

**【申し込みメールアドレス】　nursecenter@t-kango.or.jp**

**【申し込みFAX番号】　028-625-8988**

空欄と誤記載がないか、ご確認ください。

|  |
| --- |
| **研修受講者** |
| **(ふりがな)****氏名** |  |
| 　　　　　 |
| **性別** | 男　 ・ 　女 | **年齢** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** | **※申し込み後は、メールにてご連絡いたします。必ず連絡のつくメールアドレスを記載してください。** |
| **看護職のための無料職業紹介サイト****「eナースセンター」の登録有無**(該当に☑) | □　登録している□　これから登録する　(受講要件のため必ず登録をお願いします) |
| **保有免許**(該当の全てに☑) | □ 保健師　　　□ 助産師　　　□ 看護師　　　□ 准看護師 |
| **看護職としての****就労年数** | 　　　　　　　　年　　　　　　 ヶ月 |
| **看護職の****最終離職年月日** | 年　　 月 ～ 現在まで （計　 　　年　　 　ヶ月） |
| **就職活動の有無**(該当に☑) | □ している　　　　□ していない → 下記設問へ |
| **就職活動をしていない****理由** | □ 育児　□ 介護　□ 知識・技術が不安　□ 看護職以外でやりたいことがある　□ その他　( ) |

看護職員再就業支援研修は、栃木県委託事業です。