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。