

## 平成 30 年度潜在看護職員復職研修受講個人票

ふりがな 氏 名	男 ・ 女 昭和・平成 年 月 日生 才		
住 所	〒 TEL		
免許等	取得免許 保健師 (No. ) 助産師 (No. ) 看護師 (No. ) 准看護師 (No. )		
	ナースセンター登録 している していない とどけるん登録 (看護師等の届出サイト) している していない		
	看護協会会員 入会している (会員番号 ) 入会していない		
現在の 勤務状況	1 就 業 中 (常勤・非常勤) 就業先施設名 ( ) 2 離 職 中 (退職からの未就業時期 年)		
看護職勤務 経験年数	1 保健師 年	2 助産師 年	
	3 看護師 年	4 准看護師 年	
※現在、離職中の方はご回答ください。			
研修修了後就業希望条件 ( 常勤・パート ) 就業希望先 ( 病院・診療所・その他 )			
就業にあたり考慮すべき事項 子供の事情 ( ) 勤務時間等 ( ) そ の 他 ( )			
研修希望 (該当する研修に○を付けてください。)			
1 日コース			
( ) 平成 30 年 8 月 2 日 (木) 大崎訪問看護ステーション			
( ) 平成 30 年 10 月 18 日 (木) 大崎訪問看護ステーション			
( ) 平成 30 年 11 月 8 日 (木) 石巻合同庁舎 201 会議室			
( ) 平成 30 年 12 月 6 日 (木) 石巻合同庁舎 201 会議室			
4 日間コース			
( ) 平成 30 年 9 月 6 日 (木) ~11 日 (火)			
病院実習のみ受講			
( ) 平成 30 年 10 月 予定			

※申込の際は、看護師等資格免許証のコピーを添付し、郵送にて申込み下さい。

公益社団法人 宮城県看護協会 ナースセンター  
〒980-0933 仙台市青葉区柏木二丁目 3-23  
(訪問看護総合センター内)  
TEL 022-272-8573