

この用紙を、下記までファックスしてください。

Fax 089-996-8425

愛媛県ナースセンター  
給付型「実践型就業チャレンジ研修」担当者

平成 30 年度 給付型「実践型就業チャレンジ研修」申込書

必要事項をご記入ください。(※は必須項目)

記入年月日： 年 月 日

フリガナ ※ 氏 名	
※ 生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳) (昭・平 )年
※ 住 所	〒
※ 電話番号	
メールアドレス	
※ 職 種	<input type="radio"/> 保健師 <input type="radio"/> 助産師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 准看護師
※ 現在の就業状況	<input type="radio"/> 現職中 <input type="radio"/> 離職中 <input type="radio"/> 就業経験なし
※興味のある施設の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
興味のある施設名	あれば、分かる範囲でご記入ください。
連絡事項	連絡時間帯や相談についての備考があれば、ご記入ください。

( 記載された個人情報につきましては、関係する用件のみに使用させていただきます。 )

【問合せ・申込先】

公益社団法人愛媛県看護協会

愛媛県ナースセンター 給付型「実践型就業チャレンジ研修」担当者宛て

Tel 089-924-0848 Fax 089-996-8425 E-mail : uesugi@nursing-ehime.or.jp

※本書「申込書」に記入し送信してください。

「申込書」は愛媛県ナースセンターホームページからもダウンロードできます。