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

 　2023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) |
| ※　住　　　所 | 〒 |
| ※　電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ※ 職　　　種 | ○保健師　　○助産師　　○看護師　　○准看護師 |
| ※　現在の就業状況 | ○現職中　 　○離職中　　 ○就業経験なし |
| ※興味のある施設の有無 | ○あり　　　　○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。 |
| この研修を知ったのは？（複数回答可） | 　・ハローワーク案内　　・ポスター広告　　・自宅郵送のちらし　・愛媛県ナースセンターのホームページ（特設サイト）　・愛媛県ナースセンターの職業相談や電話　・知人、家族など |
| 連絡事項 | 連絡時間帯や相談に関しての備考があれば、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：yamauchi@nursing-ehime.or.jp

※本書「申込書」に記入し、まずは、お問合せください。

　　　　　「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。