**インターネット配信研修申込書**

**京都府ナースセンター**

**セカンドキャリア研修会(オンデマンド) 登録票**

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **下記①～⑦をご入力ください** |
| 1. **氏名（ふりがな）** | **（ふりがな）：** |
|  |
| **② 就業状況** | 未就業 |
| 就業中（施設名：　　　　　　　　　　　　　） |
| **③ 所持資格** | 保健師　/　助産師　/　看護師　/　准看護師 |
| **④ ナースセンター登録状況** | 無 |
| 有（№　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **⑤　受講に用いる端末の**  **メールアドレス** |  |
| **⑥　電話番号** |  |
| **⑦　資料送付先住所** | 〒　　　- |
|  |

上記①～⑦を入力後、下記研修専用メールアドレス宛に添付資料として送付してください。件名は「セカンドキャリア 申込」としてください。

この用紙をメールに添付できない方は、メール本文に①～⑦を記入してください。

今後、本研修のご案内などにつきましては、⑤のメールアドレスにご連絡します。

**kyoto@nurse-center. net**

【問い合わせ先】

公益社団法人　京都府看護協会

京都府ナースセンター

TEL：075-222-0316