2021年度　施設における看護力再開発講習会　受講申込書

※必ず希望施設名及び希望日程をご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望施設名 |  | 希望日程 | 　年　　月　　日(　　) |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日　西暦　　　　年　　月　　日　　　　　　　年齢（　　　　）歳 |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 〒住所 |
| TEL　　　　（　　　）　　　　　FAX　　　　　（　　　）緊急連絡先（携帯電話）　　　　－　　　　　－ |
| どちらかにレをつけてください　京都府看護協会　　□会員（No.　　　　　　　）　・　　　□　非会員 |
| 看護師等届出制度　□登録あり　　・　　□登録なし**※未就業の方の場合、当研修をお申込みの際にはご登録をお願いしております** |
|  (該当に○)免許 | 看護師 | 助産師 | 保健師 | 准看護師 |
| 実務経験年数 | 合計 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 |
| 病院 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 |
| 診療所 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 |
| その他 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 | 　　年　　か月 |
| 最終退職年月日（**※西暦でご記入下さい）**　 年　 　月 | ●ユニフォームサイズ　　 ●靴（　　　　 cm）ワンピース型の場合　 Ｓ・Ｍ・Ｌ・ＬＬ（　　　　）パンツスーツ型の場合　Ｓ・Ｍ・Ｌ・ＬＬ（　　　　） |
| 受講動機 |

＊この用紙は京都府看護協会ホームページからダウンロードできます

＊記載漏れがある場合は、受付しかねますのでお気を付けください

＊申込時には、この用紙と看護師免許を**Ａ4サイズに必ず縮小コピー**したものを同封してください

＊当研修を受講される方で、**現在未就業者は「とどけるん」への登録を必須**といたします

＊当研修を受講される方は「eナースセンター」への求職登録を原則とします

＊受講の可否については書面にて連絡します。

【送付・問い合わせ先】京都府ナースセンター

　〒604-0874　京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町375ハートピア京都地下1階

　　TEL　075-222-0316　FAX　075-222-0528　E-mail kyoto@nurse-center.net