

令和5年度 eラーニングを活用した再就職支援セミナー申込書

- ※ 申込書は、郵送するかナースセンターへ持参してください。
- ※ 空欄の無いようにすべてご記入ください。

〈申込日 令和 年 月 日〉

フリガナ		生 年 月 日	西 暦 年 月 日
氏 名			(歳)
住 所	〒 -		
TEL			
メールアドレス			
保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
通算経験年数	年 月		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 未就業	離職日： 西暦 年 月	
	<input type="checkbox"/> 就業中 年 月 日～	看護職離職期間(年 月)	
	<input type="checkbox"/> 転職予定 年 月 日～		
	<input checked="" type="checkbox"/> 離職理由 <input type="checkbox"/> 結婚・妊娠・出産・育児等 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 家庭の事情 <input type="checkbox"/> 職場環境・人間関係 <input type="checkbox"/> その他()		
就業経験	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 介護療養施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他()		
ナースセンター・とどけるんへの登録			
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 今回の受講をきっかけに登録する		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 今回の受講をきっかけに登録する
	※受講には eナースセンター・とどけるん登録が必要です。		
本セミナーはどこで 知りましたか ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 沖縄県看護協会のホームページ		<input type="checkbox"/> ナースセンターからの案内
	<input type="checkbox"/> ハローワーク		<input type="checkbox"/> 新聞
	<input type="checkbox"/> 知人の紹介		<input type="checkbox"/> その他()
視聴後のアンケート及び 現況調査への協力	<input type="checkbox"/> 沖縄県ナースセンターのアンケート及び現況調査に協力することができる。		
受講動機			

※受講申込書で得た個人情報は、受講に伴う書類作成、発送に用い、その目的以外に使用致しません。

【お申込み先・お問合せ】

〒901-1105 南風原町字新川 272-17
 公益社団法人沖縄県看護協会 沖縄県ナースセンター
 潜在看護師の再就職支援事業 担当者

TEL:098(888)3127
 mail:nurse-c1@oki-kango.or.jp

