

NO: e

令和5年度 看護技術トレーニング

☎ 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


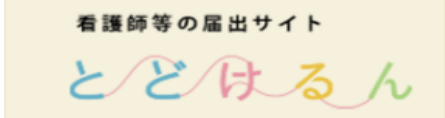
☎ 空欄の無いようにすべてご記入ください。

申込日: 令和 年 月 日 ()

申込者	フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師
	生年月日	昭和・平成 ()年 ()月 ()日 ()歳	
	住所	〒	
	電話番号		

現在の状況	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 就業中(年 月から) <input type="checkbox"/> 就業決定(年 月から) <input type="checkbox"/> その他()		
	●臨床通算経験年数 (年 ヵ月)		
	●看護職離職期間 (年 ヵ月) ※現在看護職で就業中の方は0か月で記載してください ・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 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> その他()		

就業経験施設	<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 及び とどけるん登録		
	<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。	

本セミナーを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 沖縄県看護協会ホームページ <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"/> 新聞等 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他() ※複数回答可
---------------	--

アンケート及び調査への協力	<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
---------------	--

項目 ※2回受講可	第1・2・3週	第4週
	採血、点滴、注射(皮下・筋肉内)	吸引・経管栄養
受講希望日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

※個人情報は、関係する目的以外に使用することはない、個人情報保護法を遵守し適切に管理いたします。

【お申し込み先・お問い合わせ】
 〒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
 Email :nurse-c1@oki-kango.or.jp

就: