（様式２）

令和　年度　潜在看護職員復職支援研修　申込書

申し込み日：令和 　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒 | | |
| 生年月日・年齢 | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　　歳） | | |
| 経験年数・離職期間 | 経験年数　　　　　年　　　ヶ月 | 離職期間　　　　　年　　　ヶ月 | |
| 免許種別  （○をつける） | 保健師　　　　　助産師　　　　　看護師　　　　　准看護師 | | |
| 研修病院等 | 第１希望：  第２希望： | | |
| 連絡先  電話・Mailアドレス | 電　話：①　　　　　　　　　　　　　　　　②  Mailアドレス | | |
| 一時保育（託児）  （○をつける） | 要　　　　　子供の年齢（　　　　　　　　）　　人数（　　　　　　）  不要 | | |
| 連絡事項等 | ①研修希望日　　第１希望：  　　　　　　　　第２希望：  第３希望： | | |
| ②研修希望時間　第１希望：　　　　　　　　　第２希望： | | |
| ③研修希望内容  ④ユニフォーム借用　（　要　・　不要　）　　要の場合・・・サイズ   1. その他（研修施設へ伝えたいこと等） | | |

＊個人情報利用目的：看護職員復職支援研修の実施