

2019年度看護職就業促進講習会申込書

ふりがな 氏名 生年月日	求職番号（ K ）	北海道看護協会 *該当するものに○印を付けてください。 （ 会員 ・ 非会員 ）
	西暦19 年 月 日（ ）歳	職 種 *該当するものに○印を付け、免許番号を記載してください。 ・保健師 免許番号（ ） ・助産師 免許番号（ ） ・看護師 免許番号（ ） ・准看護師 免許番号（ ）
住 所	〒 — — TEL — —	
現在の勤務の有無	・している（施設名 ）（就業期間 ヶ月） ・していない（退職からの未就業期間 約 年）	
看護職歴	臨床経験年数 年 { 保健師 約 年 助産師 約 年 看護師 約 年 准看護師 約 年	
実習の希望	・する 〔希望実習施設〕 1 施設種別：（ 病院 ・ 介護老人保健施設 ）*該当するものに○印を付けてください。 2 希望地区：（ ）*例：札幌市南区 *但し、希望された施設で実習できない場合もあります。 3 白衣サイズ：（ S ・ M ・ L ・ LL ） ・しない	
講習会を何で知りましたか	ナースセンター ・ ハローワーク ・ 知人から ・ ホームページ その他（ ）	
駐車場利用（無料）	（ する ・ しない ） ※なるべく公共交通機関をご利用ください。	
託児利用（無料）	・する（人数 人） ・利用日（3日・4日・8日・9日・10日） お子様の名前・性別・年齢：（ ）／男・女／ 才 ヶ月） （ ）／男・女／ 才 ヶ月） ・しない	

*記載もれのないようお願いいたします。

申込締切：9月2日(月)まで

申込方法：FAX (011-866-2244) または郵送

- *定員を超える申込があった場合、抽選により受講者を決定します。
- *申込者へ受講許可と不許可の文書を送付します。
- *講習会を受講する前に必ずナースセンターに登録してください。
- ※本申込書で得た個人情報、その目的以外に使用いたしません。

