

申込先 FAX 011-866-2244 (送信先：北海道ナースセンター)

(FAX 送信時、番号をもう一度確認しましょう!!)

e ラーニングによる復職支援講習 申込書

- ◆申込書は、郵送またはFAXで送ってください。
- ◆空欄のないよう全てご記入ください。
- ◆□枠には、レ印で該当するものを選択してください。

ふりがな 氏名	
生年月日	【西暦】 19 年 月 日 (歳)
住所	〒 ※番地、マンションの方は部屋番号までご記入ください。
電話番号	自宅： 携帯： ※必ず連絡がとれるように、両方お持ちの方は両方ご記入ください。
メールアドレス ※非通知設定にご注意 ください。	読みやすい字で大きくご記入ください。 数字の0は、ø 数字1は、頭にカギを付ける、(英語の小文字のL (l) と区別)
資格免許の種類	<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
届出制度登録	<input type="checkbox"/> 登録済 ※未登録の方は、講習会申し込みまでに必ず登録をお願いします。 届出制度登録完了の確認後、個別ID・パスワードの発行手続きをします。
離職期間 (退職からの未就業期間)	年 月
経験年数	年 月
受講動機	

*講習会申込書で得た個人情報は、講習会に伴う書類作成・発送に用い、その目的以外に使用いたしません。

【問合先】 北海道看護協会 北海道ナースセンター
TEL：011-863-6794