**北海道看護協会ナースセンター　行**

**＜別　紙＞**

**FAX　011-866－2244**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和３年度　潜在保健師のための復職支援研修会申　　込　　書

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な氏　　　名　　　生　年　月　日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　）歳　 |
|  | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　－　　　　　－　　　　　**✳日中連絡可能な電話番号を記載してください。** |
| 離職期間（退職からの未就業期間） | 　　　　　　　　約　　　　　　年　　　　　ヶ月 |
|  | 　職種別経験年数　約　　　年　　　ヶ月　　保健師 　約 　　　年　　　ヶ月　（離職日：　　　年　　　月）　　　　助産師　　約 　　　年　　　ヶ月　　 　看護師 約 　　　年　　　ヶ月　　　　准看護師　約 　　　年　　　ヶ月 |
| 駐車場利用（無料）＜現地参加の方＞　【　　する　　・　　しない　　】　　　　　　 |
| **ご希望の参加方法を1または2のどちらかを必ず選択してください。**

|  |
| --- |
| **1　現地参加（北海道看護協会）****2　Web参加(zoomミーティング)　　　あらかじめ、パソコン（有線ネット回線、カメラ・マイク付属）とZoomミーティングアプリのダウンロードが必要となります。** |

 |

 |

**締切日**　令和4年1月5日(水)必着