

# 令和4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 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	<table border="0"> <tr><td rowspan="4">}</td><td>保健師 約 年</td></tr> <tr><td>助産師 約 年</td></tr> <tr><td>看護師 約 年</td></tr> <tr><td>准看護師 約 年</td></tr> </table>	}	保健師 約 年	助産師 約 年	看護師 約 年	准看護師 約 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 ） <hr/> ・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（20日・21日・25日・26日・27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。

## 中止時の連絡

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況や講師・受講者もしくは職員等の感染状況により、急遽研修会を中止する場合があります。

中止する場合は、参加申し込み用紙に記載した連絡先に電話および北海道看護協会ナースセンターのホームページにてお知らせします。最新情報をご確認のうえ、ご参加ください。

申込締切：9月20日(火)まで

申込方法：FAX (011-866-2244) へ送信 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、申込者へ受講許可と不許可の文書を送付します。

\*eナースセンター (<https://www.nurse-center.net/nccs/>) に登録をお願いします。

※本申込書で得た個人情報は、その目的以外に使用いたしません。