

送信先 FAX 0265-22-3988 送信用紙不要

飯田病院看護部 再就職支援研修会 担当者宛て

フリガナ		取得免許
氏名		保健師・助産師・看護師・准看護師
		メールアドレス
住所	〒	電話番号（確実に連絡が取れる番号）
実務経験年数 （複数回答可）	保健師（ ）年 助産師（ ）年 看護師（ ）年 准看護師（ ）年 就業経験のある主な施設 ①病院 ②診療所 ③訪問看護ステーション ④市町村 ⑤福祉施設（ ） ⑥その他（ ）	
現在の状況 （看護職として）	1, 就業中（常勤・非常勤）（就業先施設名 ①病院 ②診療所 ③訪問看護ステーション ④市町村 ⑤福祉施設（ ） ⑥その他（ ） 2, 離職中 離職中の方は、離職年を記入してください （ 年 月ころ退職）	
研修中の 託児利用 （無料）	1, 託児を希望する ↓ 託児を希望する子供の人数（ 人） 年齢（ 歳 か月）（ 歳 か月）（ 歳 か月） 2, 託児を希望しない ※保育をご利用いただく場合、子供さんの健康状態、睡眠状況等について事前に 問い合わせさせていただく場合があります。	
研修会に対す る希望など		

記載された個人情報は長野県看護協会・開催担当病院で適正に管理します。