別記様式第１号

広島県看護職員復職支援事業（実践研修）申込書

年　　月　　日

公益社団法人 広島県看護協会会長　様

この研修を次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名	㊞
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住所	〒
連絡用電話・ＦＡＸ番号	自宅電話番号： 携帯電話番号： ＦＡＸ番号：
取得免許種別	保健師　　助産師　　看護師　　准看護師 （※取得しているものすべてに○をしてください。）
看護職の経験年数（通算で記載する）	約　　年　（病院・診療所・その他　　）
看護職の離職期間（最後の退職からの期間）	約　　年
研修希望コース（希望の日間に○をする）	１　看護コース（5 日間　10 日間　15 日間） ２　助産コース（20 日～30 日間）
一時保育の希望	有　・　無　（※どちらかに○をしてください。）
其の他	（何か連絡したいことや希望・要望・質問等があればお書きください。）

＊ナースセンター記入欄　（　事前研修　有　無　）

(注１)　申込書は広島県ナースセンターあてに郵送してください。

(注２)「看護コース」の場合は，看護師免許証または准看護師免許証の写しを添付してください。
「助産コース」の場合は，助産師免許証の写しを添付してください。

(注３) 研修先は，研修登録病院の中から研修希望者双方と調整の上で決定します。

【問い合わせ・申し込み先】

担当：広島県ナースセンター（広島県看護協会）
TEL：082-293-9786
FAX：082-295-6749
（〒730-0803 広島市中区広瀬北町９番２号）