**セカンドキャリア支援研修申込書**

平成　　年　　月　　日

公益社団法人茨城県看護協会　茨城県ナースセンター　担当　　石井　宛

ＦＡＸ　029-226-0493

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　名 |  |
| 年　　齢 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電　　話 | ※連絡の取れる番号をご記入ください。 |
| 資　　格 | 保健師　・　助産師　・　看護師　・　准看護師  ※いずれかに○を付けてください。 |
| 備考 | ※ご質問があればご記入ください。 |

※お申し込み後に担当からご連絡いたします。