＜別紙＞

公益社団法人　茨城県看護協会

茨城県ナースセンター　　波立　行き

　　　FAX 029-226-0493　　締切：2月20日（木）

**令和元年度再就業支援研修**

**（フォローアップ研修）申込書**

令和　　年　　月　　日

研修日時　令和2年3月5日（木）　9：30～12：00

研修会場　茨城県看護研修センター1F　A研修室

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 男 ・ 女 |
| 連絡先 | ※日中連絡のとれる番号を記入ください | |
| 職種  ※該当に○を  付けてください | 保健師　 ・ 　助産師　 ・ 　看護師　 ・ 　准看護師 | |
| 就業状況  ※該当に○を  付けてください | 1　未就業（ブランク期間　　　　年　　　　か月）  2　就業中（就業場所　　　　　　 　　　　　　　　） | |
| 託児利用  **(事前予約制)** | 1　有　　　　　　　　　　　　　　　　　2　無  お子さんの名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  性　　　別　　　　　　　男の子　　・　　女の子  年　　　齢　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 | |

　※申し込みは、ＦＡＸ又は郵送でお願いいたします。