『潜在看護師復職支援講習会』受講申込書

下記項目について、お答えください。（番号があるものは、該当番号に〇）　　令和　　年　　月　　日

ふりがな			生　年　月　日			受付番号（記入不要）
氏　　名			昭和 平成　　年　　月　　日 （満　　歳）			
現　住　所	郵便番号　　－ 成田市 自宅電話番号 0476　（　　） 携帯電話番号　　（　　）					
免許	取得年月	年　　月	番号			
講習会の認知	1.　広報　　2.　職安　　3.　ポスター　4.　その他（　　）					
就業年数	年					
離職年数	年					
託児希望の有無	有　　無 （託児の対象年齢は６か月～未就学児まで）					
託児希望の子どもの名前・性別・年齢	フリガナ 名前		性別	男　・　女	年齢	歳　（　　か月）
	フリガナ 名前		性別	男　・　女	年齢	歳　（　　か月）
	フリガナ 名前		性別	男　・　女	年齢	歳　（　　か月）
受講終了後の計画	＊講習会修了後の計画についてお答え下さい。 １．終了後、すぐに就職したい　　２．時機を見て就職したい （　　年　　月頃）					
希望就職先	＊就職を考えている業種 １　病院　　２　クリニック　　３　介護施設　　４　訪問看護ステーション ５　その他					
受講動機・理由等	＊受講を希望する理由を、記入してください。					