

令和元年 船橋市看護職復職支援研修会 申込書

ふりがな 氏名	()
住所	〒 —
電話番号	() ※日中繋がる電話番号 ()
メールアドレス	@
生年月日	昭和・平成 年 月 日
有資格の種別 *Oを付けてください。 取得した年月日	保健師 助産師 看護師 准看護師 上記資格を取得した年月日を記入してください。 【 師】 年 月 日 【 師】 年 月 日
看護職として勤めた年数(合計)	年 ヶ月
医療機関の最終退職年月日	年 月 日
ブランク年数	年 ヶ月
希望する研修会 *希望回数にOを付けてください。 複数希望可	*希望回数にOを付けてください。 第1回 第2回 第3回 11/18 12/17 1/23 ●抽選から外れた場合、他の回へ振替を希望しますか? はい ・ いいえ
今回の研修会にどのようなことを希望されますか	研修会に希望すること(やってみたいこと、やってほしいことなど)があればご記入ください。
保育の希望 *Oを付けてください。 ご兄弟で希望する場合は、余白に記入してください。	<u>※予約制です。当日急な保育は受付できません。</u> (対象年齢：1歳から就学前まで) 有 ・ 無 *「有」の方は下記に記入 お子さんの名前 (ふりがな) お子さんの生年月日 (平成 年 月 日)

*1 研修会の抽選結果は後日郵便で通知します。

*2 研修会における注意事項及び保育希望の方のみ保育申請書を、開催日前までに郵便でお知らせします。