|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望月 | 月頃 | 希望地域 | 京都市 ・ 京都府（　　　　　　　市　・　　　　　　郡） |
| 希望領域 | 病院・介護医療院・老健・特養・訪問看護・医療的ｹｱ児・その他社会福祉施設 | | |

* 体験を希望する地域をご記載の上、体験研修を希望する領域施設種別に〇をつけてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性別 | | 生年月日 | | |
| 氏　　名 |  | | | 男 ・ 女 | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　年齢（　　　　　　）歳 | | |
| 連絡先 | 〒  住所 | | | | | | | |
| TEL　　　　　　　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　（　　　　　　　　　）  緊急連絡先（携帯電話）　　　　　　　　　―　　　　　　　　　― | | | | | | | |
| メール  アドレス | ＠ | | | | 京都府看護協会 | | | 会員　・　非会員 |
| 免許 | 保健師 | 助産師 | | | 経験年数 | | | 年 |
| 看護師 | 准看護師 | | |
| 現在 | 就業中　・　未就業 | | | | 未就業の方のみ  最終退職年月 | | | 年　　　　月 |
| 就業中の方 | 該当する施設に〇をつけてください | | | | | | | |
| 病院 | | 診療所  （医院やクリニックなど） | | | | 介護施設（特養・老健・ディサービス・ケアハウス・居宅支援事業など） | |
| 訪問看護ステーション | | その他施設　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **『とどけるん』の**  **登録** | **有　　・　　無** | | **ナースセンターへの登録** | | | | | **有　　・　　無** |
| 【希望する内容（具体的に）】 | | | | | | | | |
| 【受講動機】 | | | | | | | | |

＊この用紙は京都府ナースセンターホームページ「潜在看護師等再就業支援強化事業」からダウンロードできます

＊記載漏れがある場合や場合は、ナースセンターより確認させていただくことがあります

＊申込時には、この用紙と**看護職免許を必ずＡ4サイズに縮小コピー**したものを同封してください  
直接申込時に看護職免許をお持ちでない場合は、研修受講日までに京都府ナースセンターまでお送りください

＊当研修を受講される方で、**現在未就業者は「とどけるん」への登録を必須**といたします

＊当研修を受講される方は「eナースセンター」への求職登録を原則とします

＊直接京都府ナースセンター来所やハローワーク等の移動出張相談で、お申し込みいただくことも可能です

《送付・お問い合わせ先》

京都府ナースセンター

〒604-0874　京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町375　ハートピア京都地下1階

TEL075-222-0316　FAX075-222-0528

e-mail：kyoto@nurse-center.net