**看護力再開発講習会　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 男・女 | | 生年月日  西暦　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　年齢（　　　）歳 | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 連絡先 | 〒  住所 | | | | | | | |
| TEL　　　　　（　　　　　）　　　　　　　FAX　　　　（　　　　　）  緊急連絡先（携帯電話）　　　　　―　　　　　― | | | | | | | |
| どちらかに○をしてください  京都府看護協会員　会員（№　　　　　　　　）　　　　　非会員 | | | | | | | | |
| **免　許** | **看護師** | | **保健師** | | | **助産師** | | **准看護師** |
| 免許番号 |  | |  | | |  | |  |
| 実務経験  合計 | 看護師  　　　年　　　ヶ月 | | 保健師  年　　　ヶ月 | | | 助産師  年　　　ヶ月 | | 准看護師  年　　　ヶ月 |
| 個人に関すること | 未就業の方 | 最終退職年月日　　　　　年　　　月　　※西暦でご記入ください | | | | | | |
| 就業中の方 | 就業している施設名（正式な名称を記入）  勤務先連絡先：TEL　　　　　（　　　　　）  現在の施設の就業期間：　　　　年　　　ヶ月  現在の施設に就業する直前のブランクの有無：有（　　年　ヶ月）・無 | | | | | | |
| **とどけるんの登録** | | | **有　　・　　無** | | | | |
| **ナースセンターへの登録** | | | **有（求職番号：　　　　　　　　）　　・　　無** | | | | |
| 【受講動機】 | | | | | | | | |

＊この用紙は京都府看護協会ホームページからダウンロードできます

＊記載漏れがある場合は、受付しかねますのでお気を付けください

＊申込時には、この用紙と看護師免許を**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

＊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

＊受講の可否については書面にて連絡します。94円切手を貼付した返信用封筒を同封し、送付して下さい。

＊直接京都府ナースセンターへの来所での申込も可能です（来所で申し込みの場合は返信用封筒は不要です）

《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