**≪2019年度　看護力再開発講習会申込書≫**

|  |
| --- |
| **（宛先）香川県看護協会****香川県ナースセンター　宛****〒769-0102　高松市国分寺町国分152－4****FAX　087－864－9071**メールアドレス　kagawa@nurse-center.net |

**※いずれかに○印を付けてください**

|  |  |
| --- | --- |
| 基本コース（ 第1回・第2回 ） | 技術コース（ 第1回・第2回・第3回 ） |
| 未就業 | 就業中 | 会員 | 非会員 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 性別 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 昭和平成 　年　 月　 日 |  | 歳 |
| 住　所 | 〒 | 電話 | －　　　　－ |
| 携帯 | －　　　　－ |
| FAX | －　　　　－ |
| 取得免許種類 | 保健師　・　助産師　・　看護師　・　准看護師　 |
| 経験年数（看護職） | 　通　算　　　　　　　　　年　　　　カ月 |
| 離職期間 | 　最終退職日より　　　　　年　　　　カ月経過 |
| 就業中の方は現在の勤務先 |  | 白衣のサイズ |
| Ｓ・Ｍ・Ｌ・ＬＬ |
| 病院実習への希望 | 病院、日程のご希望などがあれば、ご記入ください。（但し、実習先施設の都合により、ご希望に添えない場合もあります） | 身　長 |
| センチ |
| 再就職への希望 |  |