復職支援研修　受講申込書

【申込先】 **Fax** 0956-23-8212　**Mail** nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp **HP** http://nagasakikango-career.com

申込日:　　年　　月　　日

受講希望日	~~□第1回~~　□第2回　□第3回　□第4回　□第5回　□第6回　□第7回　□第8回　□第9回
就業状況	□未就業者　　□就業者→所属施設名(　　)
ナースセンター登録	□登録済　　□未登録
ふりがな 氏名	
職種	看　・　准　・　保　・　助　・　他　(　　)
経験年数	年
離職年数	年
志望動機	
自宅住所	〒
連絡先	
Mail	
託児希望	□あり　　□なし　　※佐世保会場のみ利用可
この研修をどこでお知りになりましたか	□ホームページ　□知人からの紹介　□研修計画書　□その他【　　】 □チラシ(受取場所　→　□ハローワーク　□職場　□その他【　　】)

※ 申し込み締め切り日は各研修開催日の10日前です。

※ 受付をもって受講決定とする。定員に達し次第申込先着順で締切りとし参加不可能な場合のみご連絡差し上げます。

※ 看護キャリア支援センターは研修受講者用の駐車場はありません。近隣の有料駐車場をご利用ください。