2024 年度潜在看護職員復職研修受講個人票

※詳しく記載してください

ふりがな 氏　名		男　・　女 昭和・平成　　年　　月　　日生　　才
住　所	〒 TEL	
免許等	該当資格を〇で囲んでください。 取得免許　保 健 師（No.　　）　助 産 師（No.　　） 看 護 師（No.　　）　准看護師（No.　　）	
	ナースセンター登録　□している　□していない とどけるん登録（看護師等の届出サイト）　□している　□していない	
	看護協会会員　□入会している（会員番号　　）　□入会していない	
現在の 勤務状況	1.　就業中（常勤・非常勤）　就業先施設名（　　） 2.　離職中（退職からの未就業時期　　年　　ヶ月）	
看護職勤務 経験年数	1.　保健師　　年　2.　助産師　　年 3.　看護師　　年　4.　准看護師　　年	
※現在、離職中の方はご回答ください。 研修修了後就業希望条件　（ 常勤・パート ）　就業希望先（ 病院・診療所・その他 ）		
就業にあたり考慮すべき事項　子供の事情（　　） 勤務時間等（　　時　　分 ～　　時　　分　） そ の 他（　　）		
備考欄		

公益社団法人　宮城県看護協会ナースセンター
〒981－0933　仙台市青葉区柏木二丁目 3―23
（訪問看護総合センター内）
TEL 022-272-8573