**講義研修受講申込書**

・申込書は、郵送するかナースセンターへ持参して下さい。

・空欄のないようにすべてご記入ください。

・□枠は、レ印で該当するものを選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 【西暦】　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 | 【西暦】　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　）歳 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅（　　　　　　　　　　　　）携帯（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格免許の種類 | □保健師　　　□助産師　　　□看護師　　　□准看護師 |
| 現在の状況 | □未就業　　　　□就業中（　□看護職　□その他　） |
| 経験年数 | 年　　　　ヶ月 |
| 離職期間（退職からの未就業期間） | 年　　　　ヶ月 |
| 受講動機 |  |
| 届出制度登録（とどけるん） | □登録済み　　　□この受講をきっかけに登録する |

講習申込書で得た個人情報は、講習に伴う書類作成・発送に用い、その目的以外に使用致しません。

送付先　　〒010-0001　秋田市中通二丁目3番8号　アトリオン１F　**秋田県ナースセンター**