

看護職のための
セカンドキャリア支援研修会受講申込書

F A X 送 付 先 018-853-4376 (秋田県ナースセンター)

〒010-0001 秋田市中通 2-3-8 アトリオンビル 1F

TEL 018-832-8810

研修会名 看護職のためのセカンドキャリア支援研修会

開催日時 令和3年12月18日(土) 13:00-15:00 (受付 12:30)

開催場所 秋田県看護協会第一研修室

(秋田県総合保健センター5階 秋田市千秋久保田町6-6)

申込締切 令和3年11月30日(火)

申込み施設名 _____

ご担当者名 _____ (職位)

連絡先 TEL _____

*参加者のお名前を記載の上、該当する箇所にチェックを入れてください。

NO	参加者氏名	職 能	実 務 経 験	備 考
1		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 20年未満 <input type="checkbox"/> 20-30年 <input type="checkbox"/> 30年以上	
2		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 20年未満 <input type="checkbox"/> 20-30年 <input type="checkbox"/> 30年以上	
3		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 20年未満 <input type="checkbox"/> 20-30年 <input type="checkbox"/> 30年以上	
4		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 20年未満 <input type="checkbox"/> 20-30年 <input type="checkbox"/> 30年以上	
5		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 20年未満 <input type="checkbox"/> 20-30年 <input type="checkbox"/> 30年以上	