

e-ラーニング受講申込書

- ・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 カ月
離職期間	年 カ月（退職からの未就業期間）
受講動機	
視聴後のアンケート 及び現況調査への協力	☐ 秋田県ナースセンターのアンケート及び現況調査に協力することができる
届出制度登録 （とどけるん）と e-ナースセンターへの 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 e-ナースセンター：☐ 登録済み ☐ この受講をきっかけに登録する ※未登録の方は、e-ラーニング申し込みまでに必ず登録をお願いします。 届出制度登録完了の確認後、個別 ID・パスワードの発行手続きをします。

受講申込書で得た個人情報、受講に伴う書類作成・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 秋田アトリオン1F 秋田県ナースセンター