

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4年11月7日（月） 13:30-15:00（受付 13:00）

開催場所： 秋田アトリオン 3階 研修室（秋田市中通二丁目3-8）

申込締切： 令和4年10月17日（月）

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。

	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	
6		<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	
7		<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	