

名前	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
住所	〒						
TEL	① ()	② ()	※必ず連絡がとれる番号を記載してください。				
保有資格 免許番号	保健師 ()	助産師 ()	看護師 ()	准看護師 ()			
通算経験年数	年	ヶ月	最終離職年月	西暦	年	月	
看護職での主な経験	病院 (年) 診療所 (年) 介護施設 (年) 訪問看護 (年) その他 (年)						
各種登録の 有無	【新潟県看護協会】 あり なし 不明	【新潟県ナースセンター】 あり なし 不明	【看護職の離職時等の届出制度】 あり なし 不明				
受講の動機							

<基礎コース(3日間)> ※3日間受講ができない方は、希望する日程にも○をつけてください。

会 場	日 程	受講希望
新潟県看護研修センター・新潟医療人育成センター(新潟市)	6/26 ・ 6/27 ・ 6/28	
新潟県立看護大学(上越市)	8/7 ・ 8/8 ・ 8/9	
悠々健康村病院(長岡市)	10/3 ・ 10/4 ・ 10/13	
新潟県看護研修センター・新潟医療人育成センター(新潟市)	11/27 ・ 11/28 ・ 11/29	

<基礎コース(1日間)>

会 場	日 程	受講希望
新潟県看護研修センター(新潟市)	7/27	
新潟県看護研修センター(新潟市)	10/4	

<体験コース> 希望する施設 No・施設名、受講する希望日および希望する体験内容を記入してください。

施設 No () 施設名 :	受講希望日 (第3希望まで記入) ① ② ③
希望する体験内容 (例: 採血の練習がしたい。最新の医療機器の取り扱いが知りたい。など)	
施設 No () 施設名 :	受講希望日 (第3希望まで記入) ① ② ③
希望する体験内容	
ユニフォームサイズ/身長	S M L LL 3L / 身長 cm

※個人情報には本セミナーの目的以外で使用することはなく、秘密は固く守られます。

<お申し込み・お問い合わせ先>

宛て先	〒951-8133 新潟市中央区川岸町 2-11 新潟県ナースセンター 再就職支援セミナー係	TEL	025 (233) 6011
		FAX	025 (265) 4188