（別記 2）

広島県看護職員復職支援事業訪問看護ステーション実践研修申込書

年　　月　　日

公益社団法人 広島県看護協会会長　様

広島県看護職員復職支援事業訪問看護ステーション実践研修実施要領に基づく研修の受講を次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名	㊞
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住所	〒
連絡用電話・ＦＡＸ番号	自宅電話番号： 携帯電話番号： ＦＡＸ番号：
取得免許種別	保健師　　助産師　　看護師　　准看護師 （※取得しているものすべてに○をしてください。）
看護職の経験年数（通算で記載する）	約　　年　（病院・診療所・その他　　）
看護職の離職期間（最後の退職からの期間）	約　　年
研修日	（　　）日間
一時保育の希望	有　・　無　（※どちらかに○をしてください。）
其の他	（何か連絡したいことや希望・要望・質問等があればお書きください。）

(注１)　申込書は広島県ナースセンターあてに郵送してください。

(注２)　保健師看護師免許証または准看護師免許証の写しを添付してください。

(注３)　研修先は，研修登録訪問看護ステーションの中から研修希望者と調整の上で決定します。

【問い合わせ・申し込み先】

担当：広島県ナースセンター（広島県看護協会）
TEL：082-293-9786
FAX：082-295-6749
（〒730-0803 広島市中区広瀬北町 9 番 2 号）