

郵送またはメールでお申し込みください 申込み日 令和 年 月 日

公益社団法人佐賀県看護協会 ナースセンター mailアドレス saga@nurse-center.net

〒849-0201 佐賀市久保田町大字徳万1997-1 TEL0952-51-3511

令和7年度 佐賀県看護職再就業支援研修会 受講申込書

研修区分	研修名		希望する期日の()内に○印をする	申込締切日17時必着	
研修1-1)	唐津会場 スキルアップ3日間 会場：唐津赤十字病院	1回	() 令和7年 7月1・2・3日 (火・水・木)	6月13日(金)	
研修1-2)	佐賀会場 スキルアップ4日間 会場：看護協会看護センター	1回	() 令和7年11月4・5・6・7日 (火・水・木・金)	10月3日(金)	
研修1-3)	看護現場で再就業体験コース 2日間 ※上記コース受講した希望者	1回	() 令和7年 11月11・12日 (火・水)	10月3日(金)	
研修 2	看護職再就業支援技術セミナー (採血・注射)	第1回	() 令和7年 7月11日(金)	6月27日(金)	
		第2回	() 令和7年 9月12日(金)	8月29日(金)	
		第3回	() 令和7年10月31日(金)	10月17日(金)	
		第4回	() 令和7年 12月 5日(金)	11月21日(金)	
氏 名	ふりがな		生 年 月 日		
			昭和・平成 年 月 日(歳)		
住 所	〒		携帯Tel		
	自宅Tel				
連絡用 メールアドレス	@				
専門学歴 ○をつけてください	() 看護大学 () 看護3年課程 () 保健師学校	() 看護短期大学 () 看護2年課程 () 助産師学校	() 准看護師養成所	(最終学歴) 昭和・平成・令和 年3月卒業	
看護職免許 取得免許すべて○	() 保健師 () 助産師		() 看護師	() 准看護師	
就業状況	期間：和暦・数字を記入してください。		内容：施設名、科名、病棟・外来等を記入してください。		
免許取得後から 記載してください	年～ 年(約 年)				
	年～ 年(約 年)				
	年～ 年(約 年)				
	年～ 年(約 年)				
経験年数合計	年 ヶ月	離職	昭和・平成・令和	年 月頃退職	
研修会に参加するにあたっての動機を記述してください。					
プログラムを読んで、特に身につけたいと思った知識・技術は何ですか。					
復職への意志や希望を記述してください。					
無料託児希望(研修区分 1-1)・1-2)3)のみ)	有	人数()人			年齢
	無	なお無料の託児は1-1)は唐津市内、1-2) 3)は佐賀市内に1ヶ所のみ利用になります			
研修区分1-3)のみ 実習時の白衣サイズ希望	ワンピース(S・M・L・LL)		ツーピース 上着(S・M・L・LL) スポン(S・M・L・LL)		
実習先希望 看護現場で体験 コース希望の方	対象者：看護職再就業スキルアップ研修1-1)受講者。別紙「令和6年度 看護現場で再就業体験コース実習施設一覧」を参照にご記入ください。実習は2日間同じ施設になります。なお、希望施設で実習ができない場合がありますのでご了承ください。				
	第1希望() 第2希望() 第3希望() □実習施設の希望なし				

※申込書で得た情報は参加状況および受付名簿作成にのみ使用します。終了後は破棄します。