

北海道看護協会ナースセンター 行

FAX 011-866-2244

令和2年度 潜在保健師のための復職支援研修会

申 込 書

ふりがな 氏 名	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 () 歳
住 所	〒 _____
電話番号	TEL _____ *日中連絡可能な電話番号を記載してください。
離職期間 (退職からの未就業期間)	約 年 ヶ月
看 護 職 歴	職種別経験年数 約 年 ヶ月 保健師 約 年 ヶ月 助産師 約 年 ヶ月 看護師 約 年 ヶ月 准看護師 約 年 ヶ月
駐車場利用 (無料)	【 する ・ しない 】

締切日 令和2年11月12日(木)必着