

## 看護職の生涯現役セカンドステージに備える講座 申込書

FAX 06-6947-6901

協会記入欄▼

<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号		<input type="checkbox"/> 非会員		主たる免許の実務経験		職能	
コース番号 (希望される方に○を)						<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	
705 (8/28 開催)			706 (11/6 開催)			年 ヵ月	
ふりがな		年齢				性別	
氏名		歳				男・女	
メールアドレス(必須)				参加方法 (どちらかに○) ZOOM ・ 来館			
ふりがな		施設No.		病床数			
施設名		床					
施設住所		〒 -					
電話番号		TEL ( )		FAX ( )			
職位		<input type="checkbox"/> 副院長 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
勤務場所 (領域)		<input type="checkbox"/> 病棟 ( ) <input type="checkbox"/> 外来 ( ) <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 介護保健施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他 ( )					
受講動機		該当する番号に○を付けてください。 1. 研修内容 (または講師) に関心・興味がある 2. 上司の勧め    3. その他 ( )					
定年後も働きたいと思いますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
今後セカンドステージで勤務したいと考えている場所はどこですか		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
どんな勤務形態を希望しますか		正規雇用 <input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> 日勤・夜勤どちらも 非常勤雇用 <input type="checkbox"/> 週 日程度 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 希望する給与 ( ) 円/月額、( ) 円/時給					
看護職員無料職業紹介所 (ナースセンター) に登録を希望しますか		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> すでに登録済					
質問したいこと							

◎ 記入上の注意  
 各欄の該当するところに✓印または○印をつけてください。  
 会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。