復職支援セミナー　参加申し込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 年齢 |  |
| 性別 | （　）男　　（　）女　　　 |
| 職種 | （　）看護師 　（　）保健師 |
| 離職期間　例）5年3ヶ月 |  |
| 現住所 |  |
| 電話番号または携帯電話番号 |  |
| Ｅ－mail |  |
| 白衣のサイズ下記②を希望の方（○をつけて下さい） | Ｓ　　　Ｍ　　　Ｌ　　　ＬＬ |
| 参加希望日（○をつけて下さい） | （ 　）①11月28日（水）10:00～12:00（　 ）②11月29日（木）10:00～12:00（　 ）①12月17日（月）10:00～12:00（　 ）②12月18日（火）10:00～12:00 |

東北医科薬科大学 若林病院

**上記②を希望の方**

**白衣、名札は当院で準備いたします。**

**各自、ナースシューズ（白スニーカー可）とストッキング（肌色又は白）をご用意ください。**

＊申し込みされた方の個人情報は、復職支援に必要な場合のみ利用し、その他の目的で使用することはありません