

【看護再就業支援講習会】申込書

お名前

〒 _____

ご住所

電話番号(自宅)

電話番号(携帯)

メールアドレス

講習期間中はユニフォームを着用します。

ユニフォームサイズ をお付け下さい

S

M

L

LL

託児所をご利用しますか?(無料)

はい

いいえ

「はい」の方へ

お子様のお名前

性別

男の子

女の子

年齢

才

●アンケートにお答えください

看護職のご経験年数は?

年

看護職を離れて何年になりますか?

年

ご協力ありがとうございました。

※これらの内容は個人情報保護法に従って取り扱います。第三者に情報を提供することはありません。

お申し込みはFAXまたはお電話で

FAX: 0270-65-0501

TEL: 0270-65-1821(代表)(担当:山田)



医療法人
樹心会

角田病院

〒370-1133

群馬県佐波郡玉村町上新田675-4