

送信宛先 (株)人材情報センター FAX:076-263-6565

【令和5年度 石川県看護師等再就業支援事業】 研修生受入れ事前申込書 兼 石川ナースナビ利用申込書

誠に恐縮ではございますが、FAXにてご返信いただければ幸いです。
後日改めてご連絡いたします。

| | | | |
|---------|-----|------|--|
| 施設名 | | TEL | |
| ご住所 | 〒 - | | |
| お役職名 | | 記入者名 | |
| メールアドレス | @ | | |

研修の受入について

体験研修（研修期間：14日以内） ※複数回答可

- 1.受入を希望する 2.研修のみでも受入可能 3.受入を検討したい 4.受入を希望しない
(受入開始日 月から可能)

※上記で「1.受入を希望する」もしくは「2.研修のみでも受入可能」とご回答された場合は、石川ナースナビの研修受入・協力施設一覧に施設名を記載させていただきます。

石川ナースナビ利用について

I.石川ナースナビの利用を希望しますか？

- 1.利用したい 2.更に詳しい話を聞いて検討したい 3.利用しない 4.既に利用している

*****上記で1と回答(石川ナースナビの利用を希望)した場合のみ、下記をご記入ください*****

II.石川ナースナビの登録に必要な施設情報や写真データをいただければ、弊社にて登録代行を承っております(無料) 登録代行を希望しますか？(公開後も自由に編集可能です)

- 1.登録代行を希望する 2.登録代行を希望しない

III.石川ナースナビのご担当者の情報をご記入ください(PC操作される方が望ましいです)

| | | | |
|---------|---|-----|--|
| ご担当者名 | | TEL | |
| メールアドレス | @ | | |

※お申込みいただいた情報は石川県の「看護師等再就業支援事業」において利用いたします。

お申込み／問い合わせ先 受託会社(株)人材情報センター

TEL 076-263-6663(代) 担当:高桑・渡邊・本谷