

## 送信宛先 (株)人材情報センター FAX:076-263-6565

### 【平成30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にてご返信願います。  
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