鹿児島県助産師会担当（北村）宛て

ＦＡＸ　０９９－２１０－７５６１

※送信票不要

医療従事者確保対策事業

　潜在助産師再就職支援セミナー　**申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | TELFAX |
| 　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　　　 　（　　　　）　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX　　　　（　　　　） | 　〒 |  メールアドレス |

1. 年齢・実務経験年数・助産師業務からの離職年数は下記から選び「**番号**」を記入してください。

　　　　年　　　　齢：　 **１**．20代　　　 **２**．30代　 **３**．40代　　　 **４**．50代　　 **５**．60代以上

助産師業務の実務経験年数：　 **１**．0～4年　　**２．**5～10年　 **３**．11～15年　 **４**．16～20年 **５**．21年以上

助産師業務からの離職年数：　　**１**．0～4年　　　**２．**5～10年　　　**３**．11～15年　　　**４**．16年以上

　　　　以前就業されていた助産師業務の内容　：　**１．**病産院勤務　　　　**２．**地域母子保健

　（複数回答可）

　**３．**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２． どのような就業を考えておられますか？（複数回答OK）

　　　　**１．**病院・医院産科勤務（常勤）　　　　　**２．**病院・医院産科勤務（非常勤）

　　　　**３**．助産院（分娩取扱い）　　　　　**４．**助産院（分娩取扱いなし・母乳ケア中心）

　　　**５**．助産院（分娩取扱いなし・産後ケア中心）　　　　　**６．**母子訪問　　　　　**７．**保健センター勤務

　**８**．教育機関（看護師・助産師養成学校　／　看護系大学）

　**９．**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．どのような研修内容を希望されていますか？（自由記述）

４．託児と宿泊施設について

　　　　**１．**託児（ 希望 ・ 希望しない ） 　 **２．**当会の宿泊所（ケアセンター）利用（ 希望 ・ 希望しない ）

　　　　　　　　　　　　（　　　　歳　　　　か月）

※　修了証を発行しますので、**氏名は、正確に、丁寧**に記入してください。

※　本研修会申込書は受講採否および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。