**オープンホスピタル2019　参加申込書**（ナースセンター用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年　　齢 | 性　　別 |
| 氏　　名 |  | 歳 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　 　－ | 電話番号 | |
|  | ※必ず連絡のとれる番号をご記入ください。 | |

※看護職,看護学生の方のみご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護経験 | 有　　・　　無 | ナースセンター登録 | 有　・　無 |
| 学校名（学生のみ） |  | 学　　年（学生のみ） |  |
| 就職別経験年数 | 保健師　　　年　　　助産師　　　年　　　　看護師　　　年　　　准看護師　　　年 | | |
| 取得予定免許（学生のみ） | 保健師　　　　　　　　助産師　　　　　　　　看護師　　　　　　　　准看護師 | | |

***※申し込み欄に○印をご記入ください。実施日開始時刻は別紙をご確認ください***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 圏域 | 施設名 | 申込 | 圏域 | 施設名 | 申込 | 圏域 | 施設名 | 申込 |
| 東 | 松永病院 |  | 東 | 稲山病院 |  | 南 | 小松島病院 |  |
| 東 | 吉野川病院 |  | 東 | 藍里病院 |  | 南 | 健祥会バイエルン |  |
| 東 | TAOKAこころの医療ｾﾝﾀｰ |  | 東 | 井上病院 |  | 南 | 町立上那賀病院 |  |
| 東 | 稲次病院 |  | 東 | 協立病院 |  | 南 | 羽ノ浦整形 |  |
| 東 | 川島病院 |  | 東 | きたじま田岡病院 |  | 南 | 江藤病院 |  |
| 東 | 亀井病院 |  | 東 | 訪問STてとてと徳島 |  | 南 | ロイヤルケアセンタ- |  |
| 東 | 天満病院 |  | 東 | 手束病院 |  | 南 | 杜のホスピタル |  |
| 東 | 博愛記念病院 |  | 西 | 箸蔵山荘 |  | 南 | コスモスの里/羽ノ浦荘 |  |
| 東 | 田岡病院 |  | 西 | 芳越会 |  | 南 | キムラ |  |
| 東 | 徳島健生病院 |  | 西 | 永楽荘 |  | 南 | 恵光苑 |  |
| 東 | 芳川病院 |  | 西 | ルキーナうだつ |  | ※出席証明書 | | |
| 東 | とくしま健生デイサービスセンター |  | 西 | すみれ園 |  | 要　・　不要 | | |
| 東 | そよかぜ病院 |  | 西 | 三野田中病院 |  |

※受付は開始時刻の30分前です。開始時刻の10分前にはお越しください。 ※切り取らず提出してください

切 り 取 り 線

オープンホスピタル　参加申込書（施設提出用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 年　　齢 | 性　　別 |
| 氏　　名 |  | | 歳 | 男　・　女 |
| お住まいの  市町村名 | 例）徳島市 | 就業状況 （○印を記入してください） | 学生　・未就業者（看護職）  未就業者(その他）・看護学生 | |

**あなたの「個人情報の取り扱い等と保護について」**

・提供された個人情報については、標記目的と求人情報等の提供、アンケートなどに利用します。

・提出された個人情報を第三者に提出することはいたしません。

・個人情報取り扱い等についてのお問い合わせは、徳島県ナースセンター（０８８－６３１－５５４４）までお願いいたします。

　　私は上記「個人情報の取得と保護について」に同意し、提出します。

　　また、訪問施設で知りえた個人情報は他言いたしません。