**申込〆切**

**３月５日（　）**

ＦＡＸ送信票

**申込先　　ＦＡＸ： ０８８－６３２－１０８４**

**宛　　　先　　　　　徳 島 県 看 護 協 会　　　宛**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**ワクチン接種に係る意向調査書**

**※太枠内は変更のある箇所のみご記入ください。**　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　　名 |  | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号  （自　宅） |  | | | ファクシミリ番号 |  |
| 電話番号  （携　帯） |  | | | メールアドレス |  |
| 1．現在の就業状況 | □　就業していない　　　　□　求職中  □　就業中（勤務体制　　週　　日・1日　　時間）  □　その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| **2．活動の意向**  いずれか一つに  ☑してください。 | **□　活動できる**  **□　いずれ活動できる（令和　　年　　月～）**  **□　活動できない** | | | | |
| 3．出務可能な日時  いずれかに  ☑してください。 | □  右も記入  してください | 期　間 | 月　　　日から　　月　　日頃まで | | |
| 週　日 | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | | |
| 時　間 | 時から　　　　時まで | | |
| * 日が合えばいつでも可 | | | | |
| 4．可能な活動地域  可能な地域に  ☑してください。  （複数選択可） | □徳島市　　　□鳴門市　　□小松島市　　□阿南市　　□吉野川市  □阿波市　　　□美馬市　　□三好市　　　□勝浦町　　□上勝町  □佐那河内村　□石井町　　□神山町　　　□那賀町　　□牟岐町  □美波町　　　□海陽町　　□松茂町　　　□北島町　　□藍住町  □板野町　　　□上板町　　□つるぎ町　　□東みよし町 | | | | |
| 5．復職研修希望 | □希望する（筋注手技等）　　　　　　　　□希望しない | | | | |

※ご記入いただいた個人情報は、公益社団法人徳島県看護協会個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。