**性暴力対応看護師（SANE）養成プログラム2024**

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 2024年　　 月　　 日  |

１．個人情報

カラー写真

添付

たてよこ４×３

裏面に氏名記入の上

のりづけする

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 姓（LAST） | 名（First） |
| ふりがな |  |  |
| 漢字氏名 |  |  |
| ローマ字 |  |  |
| 旧姓【※】 |  |  |
| 住所 | 〒　　　　－ | ↓都道府県から正確に記載ください |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　日　 |
| 保持資格 | ☐看護師　☐助産師　□保健師　□その他（　　　　 　　　　）※✓をいれてください |
| ★電話番号 | 連絡順位〔１〕　　　　　　　　　 ／〔２〕 |
| ★メールアドレス | 連絡順位〔１〕　　　　　　　　　 ＠〔２〕　　　　　　　　　 ＠ |

《備考》上記１.個人情報に関して、本プログラム以外の目的で使用することはありません

１）【※】卒業証明書、看護師（婦）免許書コピーの氏名と異なる場合、旧姓を必ず記載ください

２）**大学からの郵送物が確実に受け取れる住所、確実に連絡がとれる電話番号を記載**ください

３）**重要連絡もメールで行います。パソコンからの添付資料等が送受信可能なもの、すぐに確認がとれる連絡先**を

ご記入ください（右記のアドレスより連絡します：recurrent@ml.n-fukushi.ac.jp）

２．教育訓練給付金申請予定について ※愛知県の事業対象者は申請できません。予定してないに✓のこと

　 　□予定している（9月20日までにハローワークに申し出が可能である）　□予定していない

３．学歴

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦）年および月 | 学歴（高等学校卒業からの学歴を記入） |
| 　　　　　年　　　月 |  |
| 　　　　　年　　　月 |  |
| 　年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |

４．職歴

|  |  |
| --- | --- |
| 期間（西暦） | 勤務先・部署・役職・担当業務など |
| 　　　年　月～　 　年　 月 |  |
| 　　　年　月～　 　年　 月 |  |
| 　　　年　月～　 　年　 月 |  |
| 　　　年　月～　 　年　 月 |  |
| 　　　年　月～　 　年　 月 |  |

５．所属先（勤務先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 部署 | 　　　　　　　　　　　　　　 | 職種 |  |

６．本プログラムを知ったきっかけ・受講に至った経緯など（具体的に）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

７．本プログラムへ期待すること

（本プログラムを受講する目的や、受講することで実現したい事柄などを自由に記入してください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

＜提出上の留意点＞

・本申込書に記載の情報は、本プログラムの運営に関する目的のみに使用します。

・A4用紙、裏表印刷が好ましいですが (モノクロ可)、片面印刷の場合や複数になる場合は左上をホッチキス等で

まとめて提出してください。

・提出いただいた書類は返送いたしません。必要に応じて上記内容(データ)等は提出前に各自保管ください。