

(様式 1)

受講申込書

年 月 日

京都府立医科大学 学長 殿

写真貼付欄

縦 4cm×横 3cm
正面上半身無帽、背
景無し、応募前 6 ヶ
月内に撮影したも
の。写真の裏に氏名
を記入して貼るこ
と。

「with コロナ新時代の潜在保健師・看護師リカレント教育」
プログラムの受講を希望しますので関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな	
氏名 (自署)	
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)

選択箇所については、該当する箇所に☑をいれてください。

現住所	〒				
	T E L : ()				
	携帯電話 : ()				
	Mail アドレス : _____				
志願コース	☐ 保健師コース ☐ 看護師コース				
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日 号	() 西暦 年 月 日 号	() 西暦 年 月 日 号		
京都府看護協会 ナースセンター	登 録	☐ 済	☐ 未		
京都府潜在保健師等 人材バンク	登 録	☐ 済	☐ 未		

※ 現在、保健師または看護師としてお勤めの方は、太枠内をご記入ください。

ふりがな					
勤務先 名 称					
所在地	〒 TEL ()				
職 種	☐ 保健師 ☐ 看護師	職 位		勤務形態	☐ 常勤 ☐ パート ☐ 非常勤 ☐ その他

