

しがサポートナースプロジェクト登録用紙(FAX・郵送用)

FAX宛先:滋賀県ナースセンター 077-562-8998

郵送宛先:〒525-0032 滋賀県草津市大路2丁目11-51 滋賀県ナースセンター宛

フリガナ		生年月日 (西暦)	年 月 日
名前			
住所	〒		
電話番号		メール アドレス	

① しがサポートナース登録のきっかけについて(複数選択可)

- ・ 滋賀県ナースセンターホームページ
- ・ 滋賀県ナースセンター公式LINE
- ・ 滋賀県ナースセンターからのメール
- ・ 滋賀県ホームページ
- ・ 滋賀県公式SNS
- ・ 広報誌(ナースレイク・ナースセンターニュース等)
- ・ 知人からの紹介
- ・ その他(詳細:)

② 保有免許について(複数選択可)

- ・ 保健師
- ・ 助産師
- ・ 看護師
- ・ 准看護師

③ 看護職として勤務している累計年数について

- ・ 1年未満
- ・ 1年以上5年未満
- ・ 5年以上10年未満
- ・ 10年以上20年未満
- ・ 20年以上

* 育児・介護休業等の休業期間は除外となります

