送付先：　 086-226-0341

≪ オンライン就業相談 お申込みフォーム ≫

▼下記にご記入の上、岡山県ナースセンターへＦＡＸにて送付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名　 ※必須 |  |
| ふりがな　 ※必須 |  |
| 生年月日　 ※必須 |  |
| 資　　格　 ※必須 | □保健師　　□助産師　　□看護師　　□准看護師 |
| 現在の状況　※必須 | □未就業　　□就業中　　□学生 |
| メールアドレス　※必須 | 就業相談の日時、 |
| 電話番号　 ※必須 | ※日中およびオンライン相談当日に連絡がとれる番号 |
| 住　　所 |  |
| eナースセンターへの登録※必須 | □登録済　　□登録未 |
| 相談内容 ※必須 | ※具体的な相談内容をご記入ください。 |
| 第一希望日（時間）※必須 | 　　月　　　日　（　　　：　　　～30分程度） |
| 第二希望日（時間）※必須 | 　　月　　　日　（　　　：　　　～30分程度） |

❖後日、日時確定の正式連絡をさせていただきます。その他ご要望等があれば下記へご記入ください。

【お問合せ】岡山県ナースセンター　Tel.086-226-3639