

訪問看護の半日見学会

さあ、一步前へ・・・

- 📅 **日時:** 随時 ただし平日です。
・午前 9時00分～ 又は
・午後 1時30分～
※希望者の方と事業所において
日程の調整をした上で決定します。

- 📍 **場所:** 事業団の運営する市内の訪問
看護ステーション

- 👤 **対象者:** 看護師・保健師・理学療法士・
作業療法士の免許のある方で、
訪問看護のお仕事に興味が
あり、身近で見たい方。

- 📄 **申込み方法:** 下記への電話又は申込書(裏
面)にてFAXをお願いします。

※なお、集合場所等の詳細は日程が決まり
次第ご連絡します。

誰でも最初は不安ですが、看護師の資格が、こんなに活かせる仕事は、訪問看護しかないと思います。
研修体制もしっかりで、子育て中の職場復帰の方も多し、安心ですよ。



一般財団法人 名古屋市療養サービス事業団

● 申込み先

tel 052-482-3781 fax 052-482-3785
担当 在宅療養部 採用担当

〒453-0834
名古屋市中村区豊国通1丁目14番地

事業団ホームページにて
最新情報発信中!

アドレス <http://www.nrs.or.jp>

名古屋市療養

検索

送 信 日	平成 年 月 日
F A X 番号 (送信先)	(052)-482-3785

名古屋市療養サービス事業団

訪問看護の半日見学会係 行

訪問看護の半日見学会へ申込みをします。

※の欄は必ずご記入下さい

ご氏名 (性別) ※	(男・女)	年 齢	才
お住まい ※	・市内 () 区 ・市外 () 市	連絡先 ※ 電話番号 (携帯可)	() —
資 格 ※	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T		
参加希望曜日 ※希望日があればご記入下さい	・第1 () 曜日 (午前 午後) ・第2 () 曜日 (午前 午後) ・その他 ご連絡いただいた日程で、ご返事する予定です。 []		
現 況	※差し支えなければ現在の状況をご記入お願いします		
備 考	※何か質問等ありましたらご記入下さい		

お問い合わせ先 Tel:(052)482-3781

- ◆ 当事業団では、申し込みをされた方の氏名、性別、年齢、電話番号などの個人情報を当事業団での人材採用活動のために収集、利用します。その他の目的で、当事業団が個人情報を無断で利用することはありません。