

様式 1

記載例

熊本県潜在保健師等人材バンク登録申請書

提出年月日 ○○○○年 ○月 ○日

ふりがな	くまもと はなこ	
氏名	熊本 花子	
生年月日	1960年 6月 1日	61歳
自宅住所	〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1	
電話番号	090-○○○○-○○○○	
メールアドレス	iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp	
免許 ※1	保健師 番号：123456 取得年月日：昭和57年5月1日 看護師 番号：1234567 取得年月日：昭和56年5月1日	
保健衛生業務経験	・保健所業務（感染症、健康づくり 等）30年 ・地域包括支援センター（介護予防） 10年	
勤務可能エリア ※2	熊本市 有明 山鹿 菊池 阿蘇 御船 宇城 八代 水俣 人吉 天草	
備考 ※3	〇〇大学実習指導教員のため、実習期間中以外は可能	

※1：取得している免許番号及び取得年月日を記載する。

※2：勤務可能なエリア全てに○を記載する。

※3：所属する機関名（ある場合）や勤務する際の条件等について記載する。

【提出方法】熊本県健康福祉部健康局医療政策課看護班へメール又は郵送

・メールアドレス iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp

・住所 〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1