

復職支援研修申込書

復職支援研修に申込みを希望いたします。

フリガナ 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日生		
住所	〒		
連絡先	TEL:(自宅) (携帯)		
	FAX:		
	E-mail:		

下記の項目に該当するものに○をつけ、必要項目欄にご記入ください。

保有資格	保健師 助産師 看護師 准看護師
	※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参ください。
経験年数	看護職経験年数(トータル年数): 年
離職について	現在離職中である(はい いいえ) 離職期間: 年
	※離職期間とは、看護職として最後の勤務場所を退職した日からの期間です。

【研修を受講する方はナースバンクに登録が必要となります】

研修コース(研修コースは1日・5日・7日の3種類です。希望コースに○をつけてください)

1日コース 講義主体	5日コース 講義・演習・病棟実習	7日コース 講義・演習・病棟実習
上記コース修了後、希望者は下記の研修を受けることができます(①②の両方受講も可)。 希望者は番号に○を付け、実習希望日数(2日間～5日間)を記入してください。		
①訪問看護ステーションコース	(日間)	
②診療所・老人保健施設・福祉施設等コース	(日間)	
白衣希望の有無	・白衣希望 有り(サイズ:S・M・L・LL)	・白衣希望 なし
託児所希望(希望者のみ記入)	・希望 有り(子供の数: 人)(その年齢: 歳・ 歳・ 歳・ 歳)	
駐車場使用について	・希望する	・希望しない

通信欄(質問等がありましたらご記入ください)

※この研修は都内施設への就業を希望する方が対象となります。

※この申込書に記載した個人情報は、当該研修会に関する以外に使用することはありません。



●研修のお申し込み・お問合せ

医療法人社団三秀会 **羽村三慶病院**

〒205-0012 東京都羽村市羽4207

Tel.042-570-1130(代表) Fax.042-570-1137

担当名:看護部長 吉岡

URL <https://hamurasankei.or.jp> E-mail:info@hamurasankei.or.jp

●その他のお問合せ先

東京都ナースプラザコールセンター

Tel.03-6276-1718 Fax.03-6276-7701