

復職支援研修申込書

復職支援研修に申込を希望いたします。

| | | |
|------------|--------------------|--|
| 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: | |
| | Email: | |

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 |
| 経験年数 | ※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参下さい。 | | | |
| 離職について | 看護職経験年数(トータル年数) 年 | | | |
| | 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○をつけて下さい。)

| 1日コース | 5日コース | 7日コース |
|-------|------------|------------|
| 講義主体 | 講義・演習・病棟実習 | 講義・演習・病棟実習 |

上記コース終了後、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)を記入して下さい。

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 (S・M・L・LL) ・白衣希望 なし

通信欄(質問等がありましたらご記入下さい。)

※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。

医療法人社団浩生会 浩生会スズキ病院

FAX: 03-3557-4001

担当: 野口