

復職支援研修申込書

資料 20

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) 19 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
※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参下さい。				
経験年数	看護職経験年数(トータル年数)			年
退職について現在退職中である (はい いいえ) : 退職期間 年 ※退職期間とは、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Ⅰ型～Ⅲ型の3種類です。希望クール及び希望コースに○をつけて下さい。)				
希望クール	1クール 7/22～7/30	2クール 11/25～12/3	3クール 1/20～1/28	
Ⅰ型(初日) 1日間 (講義主体)	Ⅱ型(月～金) 5日間 講義・演習・病棟実習	Ⅲ型(月～金、翌週 月・火) 7日間 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、 <u>実習希望日数(2日間～5日間)</u> 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 (日間)				
白衣希望の有無 ・白衣希望 有(S・M・L・LL・3L) ・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病棟の希望科などあれば記入して下さい)				

※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。

※当院には、託児所は、ありません。また駐車場は、有料です。

連絡先	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 看護部
	TEL:03-3603-2111(内線5725) FAX03-3601-9600
	E-mail kangoshien-aoto@jikei.ac.jp