

送信先 奥沢病院 FAX03-5701-2922(東京都世田谷区奥沢2-11-11)

## 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	生年月日(西暦)	
氏名	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	
離職について	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。			
<b>【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。】</b>				
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 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	
託児所希望(希望者のみ記入)	・希望 有(子供の年齢: 歳)			

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。