

## 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。

希望するクールとコースの口に✓をお願いします。

令和2年 第1クール(9月28日～10月6日) **9月18日応募締切** 第2クール(11月16～25日) **11月9日応募締切**

<input type="checkbox"/> 1日コース 講義主体	<input type="checkbox"/> 5日間コース 講義・演習・病棟実習	<input type="checkbox"/> 7日間コース 講義・演習・病棟実習
--	---	---

下記の項目をご記入ください。

フリガナ 氏名	性別 女・男	生年月日(西暦) 年 月 日生( 歳)
〒 住所	集合住宅にお住いの方は部屋番号も記入してください。	
連絡先	TEL：(自宅) FAX： E mail：	(携帯)

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	看護師	准看護師	助産師
経験年数	※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参ください。			
離職期間	看護職経験年数(トータル年数) 年			
	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。)

1日コース	5日間コース	7日間コース
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	・あり(S・M・L・LL) ・なし	
託児所希望(希望者のみ記入)	・子供の人数： 名	年齢： 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。