

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。

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) (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	看護師	准看護師	助産師
	※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。			

希望する研修コース

(日程全てに参加することが条件です。)

いずれかのコース名を○で囲み、右記へ研修時期をご記入ください。

・ 3日間コース 講義・演習・病棟実習	月 日() ~ 月 日()	※土・日・祝日除く
・ 5日間コース 講義・演習・病棟実習	月 日() ~ 月 日()	※土・日・祝日除く
・ 1日(随時)コース 講義・看護体験・院内見学	研修日はご希望に応じて調整します。病院へお問い合わせください。 研修を受講する方はeナースセンターへの事前登録が必要となります。	

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。

白衣貸出希望	・希望する (S・M・L・LL)	・希望しない
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。