

榊原記念病院 看護師復職支援研修 申込書

[申込/お問い合わせ先]

担当: 角口・唐沢

TEL 042 (314) 3111

FAX 042 (314) 3133

E-mail hisyo3@shi.heart.or.jp

[ご注意]

- 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
- この研修は、都内施設への就職を希望する方が対象です

希望する回とコースに、印をつけてください

<input type="checkbox"/> 第1回 (9月開催) ※9/5(木)応募締切	<input type="checkbox"/> 第2回 (12月開催) ※11/28(木)応募締切		
<input type="checkbox"/> 1日コース	<input type="checkbox"/> 5日コース	<input type="checkbox"/> 7日コース	<input type="checkbox"/> 7日コース(助産師)

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。(①と②の両方受講も可能)

希望者は番号にマルをつけ、実習希望日数(2~5日間)を記入ください。

<input type="checkbox"/> ①訪問看護ステーションコース (日間)	<input type="checkbox"/> ②診療所・老人保健施設等コース (日間) (1カ所選択)
---	---

下記の項目をご記入ください

氏名 (フリガナ)	性別	生年月日(西暦)
()	男・女	年 月 日 (歳)
住 所		E-Mail
(〒 -)		
TEL(自宅)	TEL(携帯)	FAX

保有資格 (該当するものを選択)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 ※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参ください
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、看護師として最後の勤務場所を退職した日からの期間です
白衣希望の有無 (希望する場合サイズを選択)	<input type="checkbox"/> 白衣希望あり (S・M・L・LL) <input type="checkbox"/> 白衣希望 なし
<5日コース・7日コースの方> 希望する病棟 (希望するものを選択)	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 特に希望なし
通信欄 (質問等ありましたらご記入ください)	