



榊原記念病院 看護師復職支援研修 申込書



[申し込み/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) ※9/8 (火) 応募締切	<input type="checkbox"/> 第2回 (11月開催) ※11/12 (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、希望者は右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)をご記入ください。	① 訪問看護ステーションコース [日間]
	② 診療所・老人保健施設等 コース [日間] (1カ所選択)

下記の項目をご記入ください

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日 (西暦)	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)	● 白衣希望 あり (S ・ M ・ L ・ LL) ● 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)	