

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	女	生年月日 (西暦)
氏名	男	年 月 日生
〒	住所	
TEL : (自宅)	(携帯)	
連絡先	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	
離職について	現在離職中である (はい いいえ)		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。			

【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。希望コースに○をつけてください。)

1日コース 講義主体	5日間コース 講義・演習・病棟実習	7日間コース 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。