水野記念病院　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。	ＦＡＸ　０３－３８５４－５３２０

フリガナ 氏名	生年月日（西暦） 年　月　日生
〒 住所	
連絡先　TEL:（自宅）　（携帯） FAX: Email:	

下記の項目に該当するものに〇をつけ、必要項目欄にご記入ください。

保有資格	保健師　助産師　看護師　准看護師 ※研修初日に保有資格の免許証（コピー可）をご持参下さい。
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、研修初日にナースバンクに登録手続きをしていただきます。】

研修コース（研修コースは1日・5日・7日の3種類です。希望コースに〇をつけて下さい。）

1日コース 講義主体	**5日コース** 講義・演習・病棟実習	**7日コース** 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）。
希望者は番号に〇を付け、実習希望日数（2日間～5日間）を記入して下さい。

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	・白衣希望　有（ S・M・L・LL ）　・白衣希望　なし
託児所希望（希望者のみ記入）	・希望 有（子供の年齢:　　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下さい。）

※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。