

復職支援研修申込書

復職支援研修に申込みを希望いたします。

フリガナ 氏名	女 男	生年月日(西暦) 19 年 月 日生
〒 住所		
連絡先 TEL:(自宅) (携帯) FAX: E-mail:		
下記の項目に該当するものに、記入・○で囲んでください		
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(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(研修コースは下記の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日コース 講義・講演・病棟実習	7日コース 講義・講演・病棟実習
上記標準コース終了後、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、実習希望日数(2日間～5日間)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	白衣: 希望します(S・M・L・LL)・希望しません	
駐車場使用の有無	駐車場使用希望: あり なし	

通信欄(質問など)

※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。



Akiru Municipal Medical Center

公立阿伎留医療センター

郵送でのお申し込み先:

〒197-0834 東京都あきる野市引田78-1

公立阿伎留医療センター担当看護部: 橋本

URL <http://www.akiru-med.jp> E-mail: kango@akiru-med.jp