

復職支援研修に参加ご希望の方は、下記申込書に記入し、応募締切日までに**FAX**または**郵送**でご返信願います。

永生病院：〒193-0942八王子市桐田町583-15

TEL/FAX 042-661-4172

## 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 氏名	生年月日(西暦) 19 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○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
経験年数	※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参下さい。 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I型~III型の3種類です。希望コースに○をつけて下さい。)

	I 型 1日間 (講義主体)	II 型 5日間 講義・演習・病棟実習	III 型 7日間 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、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 ( 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。