

## 平成立石病院 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。

フリガナ		生年月日(西暦)
氏名		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 ※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ナースバンクに登録が必要となります。

ご希望の日程	Iクール(10/2~10/11)	IIクール(11/27~12/5)	
ご希望の研修コース	1日コース 講義主体	5日コース 講義・演習・病棟実習1日	7日コース 講義・演習・病棟実習3日

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、福祉施設のいずれかの施設で研修 ( 日間)

ユニフォームサイズ	( S ・ M ・ L ・ LL ) *5日、7日コースの方のみ
-----------	----------------------------------

通信欄(質問等がありましたらご記入下さい。)

- \* 当院に託児所はありません。
- \* 駐車場はありませんのでご注意ください。
- \* 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。

医療法人社団直和会 平成立石病院 看護部 担当 安藤  
TEL:03-3692-2121 FAX:03-3692-2663  
Email:kangobujimu@heisei-tateishi.net