

# 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。

◎下記の項目にご記入ください。

社会福祉法人東京有隣会有隣病院

フリガナ	性別	生年月日 (西暦)
氏名	女・男	年 月 日 生 ( 歳)
〒 住所	※郵便物が必ず届くよう、 集合住宅にお住まいの方は 部屋番号までご記入ください	
連絡先	TEL : (自宅)	
	TEL : (携帯)	
	FAX :	
	Email :	

◎該当する箇所に✓を入れ、年数は数字で記入してください。

保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師
経験年数	看護職経験年数 (トータルの年数)			年
離職について	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				

◎希望する研修コースと研修時期 (1クール、2クール) に✓を入れてください。

3日・5日コースの研修は、研修日程すべてに参加することが条件となります。

コース選択	<input type="checkbox"/> 3日コース 講義・演習・病棟実習 (演習中心)	<input type="checkbox"/> 5日コース 講義・演習・病棟実習 (演習実習中心)
	期間選択	<input type="checkbox"/> 1クール目 : 3日コース10月11日 (月) ~ 10月13日 (水)、5日コース~15日 (金) <input type="checkbox"/> 2クール目 : 3日コース11月 8日 (月) ~ 11月10日 (水)、5日コース~12日 (金)
コース選択	<input type="checkbox"/> 1日コース 講義・院内見学中心	期間選択 <b>8月2日(月)~2月末日(土・日・祝日除く)</b> 研修日は希望に応じて調整します。 施設にお問い合わせください。
	eナースセンター登録番号 ※1日コース参加希望の方は事前登録が必要です。	
		<b>K</b>

◎該当する箇所に✓を入れ、該当項目に○、数字を記入してください。

ユニフォーム貸出希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望 有 ( S・M・L・LL・3L その他 )	<input type="checkbox"/> 希望 なし
託児所 (希望者のみ記入) :	<input type="checkbox"/> 希望 有 (子供の年齢 : 歳)	
駐車場 :	<input type="checkbox"/> 希望する (車・バイク・自転車) <input type="checkbox"/> 希望しない	
新型コロナウイルスワクチン接種	<input type="checkbox"/> 接種しました <input type="checkbox"/> 接種していません	
今年、他の病院施設で研修を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

通信欄 (質問等がありましたらご記入下さい。)

--