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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 性 別 | 生 年 月 日 （ 西暦） |
|  | 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： | | |
| ＦＡＸ： | | |
| Email： | | |
| ナースバンク登録番号  （Ｋナンバー） |  | | ※１日コースの方は必ず登録番号を  ご記入ください |

**◎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　　　　□保健師　　　　　□助産師　　　　　□看護師　　　　　□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。 |

**◎希望する研修時期（1クール、2クール）と研修コースに**✔**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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□ 1クール目** | | **□ 3日コース** | | **9月27日（月）～ 9月29日（水）** | |
| **□ 5日コース** | | **9月27日（月）～ 10月 1日（金）** | |
| **□ 2クール目** | | **□ 3日コース** | | **11月15日（月）～ 11月17日（水）** | |
| **□ 5日コース** | | **11月15日（月）～ 11月19日（金）** | |
| **コース選択** | **1日コース**  **□** 講義・院内見学中心 | | **期間選択** | | **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。** |

**◎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。**

|  |
| --- |
| ユニフォーム希望の有無  □希望　有（ Ｓ ・ Ｍ ・ Ｌ ・ ＬＬ ・ ３Ｌ　　その他　　　）　　　□希望　なし  ※シューズは白を基調とした靴、スニーカーをご持参ください。 |

|  |
| --- |
| 通信欄（質問等がありましたらご記入ください） |

〔お申込みはメール又はFAXにて〕 東京都済生会中央病院 看護部管理室 宛

Mail : [kangobu@saichu.jp](mailto:kangobu@saichu.jp)

F a x : 03-3452-8123