

もう一度、 看護師として 働いてみませんか!

東京都看護職員復職支援研修 病院体験コースのお知らせ

※この事業は東京都看護協会が東京都から委託を受けて実施しています。

注：新型コロナウイルス感染症の状況によっては、開催が中止になる可能性があります。

参加費
無料



クール	コース	研修日程	応募締切
1クール	3日コース	9/12(月)~9/14(水)	9/5(月)
	5日コース	9/12(月)~9/16(金)	
2クール	3日コース	11/14(月)~11/16(水)	11/7(月)
	5日コース	11/14(月)~11/18(金)	
1日コース(随時受付)		日程については、まずは病院へお問合せください。	

研修コース(※希望のコースが選べます)

- 1日コース 講義+病院見学+看護体験
- 3日コース 講義+病院見学+外来・病棟実習1.5日
- 5日コース 講義+病院見学+外来・病棟実習3.5日

【講義内容】

最近の医療・看護の動向、医療安全・感染管理

3日コース、5日コースは最終日にミーティング、交流会、就職相談を行います。

受講対象者

以下の項目すべてを満たしている方になります。

- ①保健師・助産師・看護師・准看護師のいずれかの資格をお持ちの方
- ②研修申込時に離職中で、就業先が決まっていない方
- ③東京都内で就業を希望されている方

※研修参加を希望される方は、「eナースセンター」への事前登録が必要です。

応募方法

裏面の復職支援研修申込書にご記入の上、メールまたはFAXでお申込みください。(病院のホームページにも、申込書のフォーマットがございます)
お送りいただいたアドレスに研修の案内をお送り致します。



- 都営大江戸線「赤羽橋駅」赤羽橋口より……………徒歩3分
- 都営三田線「芝公園駅」A-2出入口より……………徒歩8分
- 東京メトロ南北線「麻布十番駅」3番出入口より……………徒歩8分
- 「JR田町駅」より港区「ちいばす」乗車、「赤羽橋駅前」下車……………徒歩1分
- 「羽田空港」から28分 都営大江戸線「赤羽橋駅」より……………徒歩3分

研修のお申込み・お問合せ先

東京都済生会中央病院 看護部管理室

- 住所：〒108-0073 東京都港区三田1-4-17
- ホームページ：<https://www.saichu.jp/>
- 電話：03-3451-8607(平日8:30~17:00)
- Mail：kangobu@saichu.jp



その他のお問合せ

東京都ナースプラザ
コールセンター
03-6276-1718
(平日 9:00~16:30)

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	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:	
ナースバンク登録番号 (Kナンバー)	K-	※研修参加を希望される方は「eナースセンター」 への事前登録が必要です。

◎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
経過年数	看護職経過年数 (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。

<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> 3日コース	9月12日(月) ~ 9月14日(水)
	<input type="checkbox"/> 5日コース	9月12日(月) ~ 9月16日(金)
<input type="checkbox"/> 2クール目	<input type="checkbox"/> 3日コース	11月14日(月) ~ 11月16日(水)
	<input type="checkbox"/> 5日コース	11月14日(月) ~ 11月18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	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
※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
Fax : 03-3452-8123