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） |
| 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　　　　□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12日（月）～ 9月14日（水）** |
| **□ 5日コース** |  **9月12日（月）～ 　9月16日（金）** |
| **□ 2クール目** | **□ 3日コース** | **11月14日（月）～ 11月16日（水）** |
| **□ 5日コース** | **11月14日（月）～ 11月18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

F a x : 03-3452-8123