

三鷹中央病院 平成26年度復職支援研修申込書

申込者のお名前		性別	生年月日	
フリガナ 氏名		男・女	(西暦) 19 年 月 日生まれ	
住所	〒			
電話		FAX番号		
携帯電話		E-mail		
下記の項目に該当するものに記入又は○で囲んでください				
資格	保健師	助産師	看護師	准看護師
経験年数	年 (トータル年数) ※初日に看護職免許証のコピーをご持参下さい			
離職期間	年			
現在就業の有無 (パート勤務を含む)	就業していない			
	就業している (就業している場合は研修対象外)			
就業決定の有無	就業先が	決定していない		
		決定している (決定している場合は研修対象外)		
希望する研修プログラムの種類	クール	コース	日程	希望に○をしてください
	第1クール	I型(1日コース)	7月9日	○
		II型(5日コース)	7月9日～7月15日	○
		III型(7日コース)	7月9日～7月17日	○
	第2クール	I型(1日コース)	10月1日	○
		II型(5日コース)	10月1日～10月7日	○
		III型(7日コース)	10月1日～10月9日	○
	第3クール	I型(1日コース)	11月17日	○
		II型(5日コース)	11月17日～11月21日	○
		III型(7日コース)	11月17日～11月26日	○
標準コース終了後の希望	訪問看護ステーション ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設(老健) ・ 介護老人福祉施設(特養)			
白衣の希望	なし	あり S ・ M ・ L ・ LL		
託児所の希望	なし	あり 年齢 才 *希望する場合は、事前はこちらから詳細確認の連絡を致します。		
駐車場	希望しない	希望する		
通信欄 (ご質問がありましたらご記入ください)				

FAX 0422-48-9009

お問い合わせ・ご質問はお気軽に看護部長 山蔭まで 電話 0422-44-6161