



FAX 042-331-6287

特定医療法人社団研精会 稲城台病院

平成 30 年度復職支援研修（手厚くしっかり体験コース）申込書

フリガナ 氏 名		男・女	年 月 日 生
住 所	〒		
電 話		FAX 番号	
携帯電話		E-mail	
あてはまるものにチェック、記入してください。			
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	年		
離職期間	年		
希望する研修プログラムの種類	クール	手厚くしっかり体験コース	日 程
	1クール <small>応募締切ました</small>	<input type="checkbox"/> 1日コース	9月 5日(水)
		<input type="checkbox"/> 5日コース	9月 5日(水)～ 9月11日(火)※ 土日祝を除く
		<input type="checkbox"/> 7日コース	9月 5日(水)～ 9月13日(木)※ 土日祝を除く
	2クール	<input type="checkbox"/> 1日コース	1月 23日(水)
		<input type="checkbox"/> 5日コース	1月 23日(水)～ 1月29日(火)※ 土日祝を除く
		<input type="checkbox"/> 7日コース	1月 23日(水)～ 1月31日(木)※ 土日祝を除く
コース終了後の希望 <small>(希望者は選択してください。両方受講可)</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 診療所 老人保健施設 福祉施設等)		
白衣希望 <small>(希望者はサイズを選択してください)</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL)		
院内保育希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お子様の年齢 歳)		
その他ご質問など			

※お問い合わせ・ご質問はお気軽に看護部まで TEL 042-331-5531