



FAX 042-331-6287

## 特定医療法人社団研精会 稲城台病院

## 平成30年度看護職員復職支援研修(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	<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 (希望者は選択してください。両方受講可)	<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 (希望者はサイズを選択してください)	<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