



FAX 042-331-6287

特定医療法人社団研精会 稲城台病院

平成 29 年度東京都看護職員地域就業支援病院研修申込書

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	標準コース	日 程	
	1クール	<input type="checkbox"/> 1日コース	10月18日(水)	
		<input type="checkbox"/> 5日コース	10月18日(水)～10月24日(火) ※土日祝を除く	
		<input type="checkbox"/> 7日コース	10月18日(水)～10月26日(木) ※土日祝を除く	
	2クール	<input type="checkbox"/> 1日コース	2月 7日(水)	
		<input type="checkbox"/> 5日コース	2月 7日(水)～ 2月14日(水) ※土日祝を除く	
<input type="checkbox"/> 7日コース		2月 7日(水)～ 2月16日(金) ※土日祝を除く		
標準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 老人福祉施設 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