



FAX 042-331-6287

特定医療法人社団研精会 稲城台病院
看護職員復職支援研修申込書

フリガナ 氏 名	男・女	年 月 日生 (歳)
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 (トータルの年数)	
離職期間	年 (最後の勤務場所を退職した日からの期間)	
e ナースセンター登録番号	(K-) ※事前登録が必要です	
コース名	クール	日 程
随時受付 1日コース	<input type="checkbox"/> 1日コース	日程は応相談。病院にお問い合わせ下さい。
3日コース	<input type="checkbox"/> 1クール	9月28日(水)～9月30日(金)
	<input type="checkbox"/> 2クール	1月25日(水)～1月27日(金)
5日コース	<input type="checkbox"/> 1クール	9月28日(水)～10月4日(火) ※土日祝を除く
	<input type="checkbox"/> 2クール	1月25日(水)～1月31日(火) ※土日祝を除く
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		