

# 「平成30年度 東京都看護職員復職支援研修」申込書

■「東京都看護職員地域就業支援研修」に申し込みを希望いたします

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	
連絡先	TEL:(自宅) - - (携帯) - -	
	FAX:	
	Email:	

■下記の項目に該当するものに  をつけ、必要項目欄にご記入ください。

保有資格	<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 ※研修初日に保有資格の免許証(コピー可)をご持参ください。
経験年数	看護職経験年数(トータル年数)                      年
離職について	現在離職中である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ …… 離職期間                      年 ※離職期間とは、看護職として最後の勤務場所を退職した日からの期間です。

**研修を希望する方はナースバンクへの登録が必要となります。**

■研修コースは3種類です。クールと希望コースに  をつけてください。

研修コース	<input type="checkbox"/> 1クール <input type="checkbox"/> 1日コース …… 講義主体 <input type="checkbox"/> 2クール <input type="checkbox"/> 5日コース …… 講義・演習・病棟実習 <input type="checkbox"/> 7日コース …… 講義・演習・病棟実習
上記コース、終了後希望者は下記の研修を受けることができます(1・2両方受講も可) 希望者は番号を○で囲み、実習希望日数(2~5日間)を記入してください。	
1 : 訪問看護ステーションコース …………… (                      日間) 2 : 診療所・老人保健施設・福祉施設等 …………… (                      日間)	
白衣	白衣レンタル希望 <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> S ・ <input type="checkbox"/> M ・ <input type="checkbox"/> L ・ <input type="checkbox"/> LL ) <input type="checkbox"/> 無し(私物持参)

通信欄	(質問等がありましたらご記入ください。)
-----	----------------------

**研修申込み・お問い合わせ** **TEL: 03-3979-3611(代) FAX: 03-3979-3787**

事務担当者/伊藤                      〒179-0072 東京都練馬区光が丘2-11-1  
 都営地下鉄大江戸線「光が丘駅」下車、出口A-2から徒歩5分。  
 PC・スマホ

校数	2	校名	練馬光が丘病院様 A4チラシ(裏面)	担当営業	広域 武田(恒)	サイズ	A4縦(210×297)	色数	1C	校正	
備考											
						校了予定日	2018/06/29		00:00		

内容をご確認後、確認印として捺印をお願いいたします。なお、広告用の写真をお預かりした場合、(1)写っている方全員の同意が必要です。(2)写真利用の権利が設定されているものは権利者の許諾が必要です。同意・許諾を確認後、右記欄に捺印をお願いいたします。

左記内容でよろしければご捺印下さい。
<input type="checkbox"/> お客様確認印

担当営業確認欄	
電話番号確認日時、捺印	最終校了(担当営業印)
月 日 :	
電話番号	
確認時のみ捺印	