「令和2年度 東京都看護職員復職支援研修」申込書

■「東京都看護職員復職支援研修」に申込みを希望いたします

フリガナ		性別	生年月日（西暦）
氏　名		女・男	年　月　日生（　）歳
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	□ 保健師　□ 助産師　□ 看護師　□ 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 □ はい　□ 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	□ 1クール … 8/31～9/8 □ 2クール … 11/16～11/25	□ 1日コース …… 講義主体 □ 5日コース …… 講義・演習・病棟実習 □ 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　□ 有り（□ S・□ M・□ L・□ LL）　□ 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

公益社団法人
地域医療振興協会 練馬が丘病院
Nerima Hikarigaoka Hospital

TEL：03-3979-3611（代）　FAX：03-3979-3787
担当者／看護部 片岡　〒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 練馬光が丘病院　看護部 検索