

「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	<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 … 8/31~9/8 <input type="checkbox"/> 2クール … 11/16~11/25	<input type="checkbox"/> 1日コース …… 講義主体 <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

公益社団法人 練馬が丘病院
 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