

「平成29年度 東京都看護職員地域復職支援研修」申込書

■「東京都看護職員地域復職支援研修」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。
経年数	看護職経年数(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
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。)

研修の申込・お問合せ 
〒125-8512 東京都葛飾区亀有五丁目14-1
 担当/看護部：水村
 TEL 03-5682-5111 FAX 03-5682-5132

東京都保健医療公社 **東部地域病院**