

復職支援研修申込書

資料2

復職支援研修に申込を希望いたします。

◎下記の項目にご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日 (西暦)
氏名		女・男	年 月 日 生 (歳)
〒	※郵便物が必ず届くよう、		
住所	集合住宅にお住まいの方は 部屋番号までご記入ください		
連絡先	TEL : (自宅)		
	TEL : (携帯)		
	FAX :		
	Email :		
◎該当する箇所に✓を入れ、年数は数字で記入してください。			
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
経験年数	看護職経験年数 (トータルの年数)		年
離職について	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			
◎希望する研修コースと研修時期 (1クール、2クール) に✓を入れてください。			
3日・5日コースの研修は、研修日程すべてに参加することが条件となります。			
コース選択	<input type="checkbox"/> 3日コース 講義・演習・病棟実習 (演習中心)	<input type="checkbox"/> 5日コース 講義・演習・病棟実習 (演習実習中心)	<input type="checkbox"/> 5日コース(助産師) 講義・演習・病棟実習 (病棟実習中心)
	期間選択		
<input type="checkbox"/> 1クール目:		9月26日(月)～9月30日(金)	
<input type="checkbox"/> 2クール目:		12月19日(月)～12月23日(金)	
コース選択	<input type="checkbox"/> 1日コース 講義・院内見学中心	期間選択	研修日は希望に応じて調整します。 施設にお問い合わせください。
	eナースセンター登録番号		K
※1日コース参加希望の方は事前登録が必要です。			
◎該当する箇所に✓を入れ、該当項目に○、数字を記入してください。			
ユニフォーム貸出希望の有無			
<input type="checkbox"/> 希望 有 (S・M・L・LL・3L その他) <input type="checkbox"/> 希望 なし			
託児所の用意はございません。			
駐車場 : <input type="checkbox"/> 希望する (車・バイク・自転車) <input type="checkbox"/> 希望しない			
通信欄 (質問等がありましたらご記入下さい。)			

日本赤十字社医療センター看護部 FAX : 03-3400-1106 または nurse@medjrc.or.jp