




# 江東病院 東京都看護職員地域就業支援病院研修 申込書

 申し込み先 : 江東病院 (人事課) 杉浦 藤原  
 住所 : 〒136-0072 東京都江東区大島 6-8-5  
 問い合わせ先 : TEL 番号 : 03-3685-2166 FAX 番号 : 03-3685-7400

※下記にご記入し、該当項目に☑をつけてください 申込み日 : 20 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日 (満 歳)		
住所 〒	TEL(自宅) (携帯)		
FAX	メールアドレス		
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	年	ブランク (最終退職日からの離職期間)	年
託児希望	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (お子様の年齢) 歳 (お子様のお名前) ※託児所事前説明会参加希望日 : (第1希望) / (第2希望) / (第3希望) /		
白衣のレンタル希望	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※サイズ: M L LL その他( )		
コースの希望	(第1クール) <input type="checkbox"/> 1日コース(10/16のみ) <input type="checkbox"/> 5日コース(10/16~22)※土日除< <input type="checkbox"/> 7日コース(10/16~24)※土日除<		
	(第2クール) <input type="checkbox"/> 1日コース(1/29のみ) <input type="checkbox"/> 5日コース(1/29~2/4)※土日除< <input type="checkbox"/> 7日コース(1/29~2/6)※土日除<		
その他施設の実習希望 (標準コース終了後) ※両方も可能です	<input type="checkbox"/> 診療所・老人保健施設 ( 日間) ※実習希望日数		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション ( 日間) ※実習希望日数		

※申し込みを行う前に参加資格をご確認ください

- 参加資格: ①保健師 助産師 看護師 准看護師 いずれかの資格を有している  
 ②現在離職中である  
 ③都内に就職を希望する  
 ④紹介派遣会社に登録していない

通信欄 (質問等ありましたら、ご記入ください)