


江東病院 看護職員復職支援研修申込書

 申し込み先 : 江東病院 (人事課) 杉浦 明神

 住所 〒136-0072 江東区大島 6-8-5

 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

シメイ 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日 (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(10/17のみ) <input type="checkbox"/> 5日コース(10/17~23)※土日除く <input type="checkbox"/> 7日コース(10/17~23)※土日除く		
	(第2クール) <input type="checkbox"/> 1日コース(2/20のみ) <input type="checkbox"/> 5日コース(2/20~26)※土日除く <input type="checkbox"/> 7日コース(2/20~28)※土日除く		
その他施設の実習希望		<input type="checkbox"/> 診療所・老人保健施設 (日間) ※実習希望日数	
(標準コース終了後) ※両方も可能です		<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

通信欄 (質問等ありましたら、ご記入ください)