東京警察病院　看護部宛て

FAX:03－5343－5612

復職支援研修申込書

希望する回数とコースに〇をお願いします。

□第1回（10月12日～）・□第2回（2月8日～）

□1日コース　□5日コース　□7日コース　□7日コース（助産師）

フリガナ **氏　名** 女 才　男		生年月日（西暦） 19　年　月　日生
〒 **住所**		
連絡先	TEL　：　　**携帯電話：** FAX　： E-mail：	
下記の項目に該当するものに、記入・〇で囲んでください		
資格	保健師　助産師　看護師　准看護師 **（初日看護職の免許証持参のこと〔コピーも可〕）**	
経験年数	看護職経験（トータル年数）：　　年	
離職期間	離 職 期 間：　　年 （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）	
標準コース	1日コース　5日コース　7日コース　7日コース（助産師）	
上記標準コース終了後 希望者は選択してください （①②両方受講可能）	①　訪問看護ステーション 2～5日間 ②　診療所　老人保健施設　福祉施設の いずれか　2～5日間	
白衣希望の有無	**白衣：　あり（S・M・L・LL・3L）　・　なし**	
5日コース・7日コースの方 希望する病棟	内科系　・　外科系　・　特に希望なし	
その他　通信欄		