

# 「令和2年度 東京都看護職員地域就業支援病院研修」申込書

■「東京都看護職員地域就業支援研修」に申し込みを希望いたします		
フリガナ		生年月日(西暦)
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。		
経過年数	看護職経過年数(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4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"/> 2クール	<input type="checkbox"/> 1日コース …… 講義主体 <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 <input type="checkbox"/> 助産師コース …… 講義・演習・病棟実習
-------	--	---

上記コース、終了後希望者は下記の研修を受けることができます(1・2両方受講も可)  
希望者は番号を○で囲み、実習希望日数(2~5日間)を記入してください。

1 : 訪問看護ステーションコース …………… ( 日間)

2 : 診療所・老人保健施設・福祉施設等 …………… ( 日間)

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



Ebara Hospital

公益財団法人  
東京都保健医療公社

## 荏原病院

〒145-0065 東京都大田区東雪谷4-5-10

担当/看護部:鈴木 庶務課:小松

TEL 03-5734-8000

<http://www.ebara-hp.ota.tokyo.jp>