

江東病院 復職支援研修申込書

復職支援研修に申し込みを希望いたします。

◎下記の項目をご記入および該当箇所に✓をつけてください。

フリガナ	性別	生年月日(西暦)	
氏名	女・男	年 月 日 生まれ (歳)	
住所 〒	※郵便物が必ず届くよう、集合住宅にお住まいの方は、建物名および部屋番号までご記入ください。		
連絡先	TEL:(自宅)		
	TEL:(携帯)		
	FAX:		
	Email:		
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 ヶ月 ※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		
eナースセンター登録番号	K		
コースの希望 (土日祝は除く)	<input type="checkbox"/> 1日コース 講義・院内見学中心	<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)
	研修日は希望に応じて調整します。病院にお問い合わせください。	<input type="checkbox"/> 第1クール 8月4日～8月8日	<input type="checkbox"/> 第1クール 8月4日～8月10日
		<input type="checkbox"/> 第2クール 11月14日～11月16日	<input type="checkbox"/> 第2クール 11月14日～11月18日
白衣レンタル希望	<input type="checkbox"/> 希望する【 S・M・L・LL・その他() 】 <input type="checkbox"/> 希望しない ※シューズは白を基調とした靴・スニーカーを2日目以降にご持参ください。		
託児希望	<input type="checkbox"/> 希望する (お子さまのお名前 年齢: 歳) ※託児所使用事前説明会参加希望日:(第1希望) / (第2希望) / ※当院では託児所をご利用になる場合、必ず事前に説明会に参加いただいております。		
通信欄(質問等がありましたらご記入ください)			

<お申し込みはメール又はFAXにて>

社会医療法人社団順江会江東病院 人事課

Mail: jinji@koto-hospital.or.jp

TEL:03-3685-2166 FAX:03-3685-7400