

桜町病院 復職・再就職支援研修申込書

研修日： 年 月 日 () 研修時間 8:30～ 13:15～ 1日

希望のコースに☑をしてください。2つのコースを組み合わせることも可能です。

「基本看護技術確認コース」は体験したい内容を1～2項目選んで「○」をしてください。

「基本看護技術確認コース」 半日

- ①採血 ②静脈内注射 ③経管栄養・吸引 ④電子カルテ・記録 ⑤感染管理 ⑥医療安全

「病棟体験コース」 半日～1日 希望する病棟や診療科()

| | | | | | |
|-------------------|------------------------|--------|---|-----|-------|
| ふりがな | | 生年月日 | | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 ー | | | | |
| 電話 | 自宅 | 携帯 | | | |
| 該当するものに○をつけてください。 | 職種 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 | 白衣のサイズ | | (身長 | |
| | | S | M | L | LL 3L |

(当日、免許証を拝見いたします。持参して下さい)

<職歴>

| 施設名 | 勤務部署 | 所属期間 | 職位 |
|-----|------|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

<研修に対する目的・要望>

| | |
|-------------------------|--|
| 研修目標や研修について要望などをお書き下さい。 | |
|-------------------------|--|

* 申込書に記入して頂いた個人情報は、復職・再就職支援研修の目的以外に使用することはありません。