

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。