

「復職支援研修」参加申込書

- 以下について記載し、郵送またはFAXでお申し込みください。
申し込み締め切り：平成30年 1月 10日（水）まで

■ 復職支援研修に参加を希望します			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		女・男	昭和・平成 年 月 日生
住所	〒		
連絡先	TEL：（自宅）	- -	（携帯） - -
	FAX：	- -	
	E-mail：		

- 下記の項目に該当するものに☑をつけ、必要事項をご記入ください。

保有資格 （取得年）	<input type="checkbox"/> 保健師 （ 年）	<input type="checkbox"/> 助産師 （ 年）	<input type="checkbox"/> 看護師 （ 年）	<input type="checkbox"/> 准看護師 （ 年）
経験年数	看護職経験年数（トータル年数）			年 ヶ月
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 ヶ月

■ 3日間参加できる方を募集します	
参加決定通知 送付先	<input type="checkbox"/> 住所に郵送 <input type="checkbox"/> メールに添付

通信欄	(質問等がありましたらご記入ください。)
-----	----------------------

※個人情報保護法に関する法律に基づき、ご提示いただいた情報に関しては、本研修以外の目的には使用しません。

研修のお申し込み・お問い合わせ

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

〒241-0811 横浜市旭区矢指町1197-1

TEL：045-366-1111(代)

FAX：045-366-1197

担当：看護部 復職支援担当者 宛