

# 復職支援研修申込書

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 氏名                                 | フリガナ<br>女<br>男   | 生年月日<br>(西暦)<br>月 日生                           |
| 住所                                 | 〒  |  |
| 連絡先                                | TEL :<br>E-mail :  | FAX :  |
| eナースセンター<br>登録番号                   | K ※Kから始まる番号を記入してください。  |  |
| ▼ 下記の項目に該当するものにチェック☑、または記入してください ▼ |  |  |
| 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 ※初日に免許証のコピーを持参してください。   |  |
| 経験年数                               | (トータル年数) _____年  | 離職期間 _____年<br>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 |
| 希望するコース                            | <input type="checkbox"/> 1日コース <input type="checkbox"/> 3日コース <input type="checkbox"/> 5日コース   |  |
| 日程                                 | <input type="checkbox"/> 1クール(10/17 <sup>㊟</sup> ～10/21 <sup>㊟</sup> )申込締切10/11 <sup>㊟</sup> <input type="checkbox"/> 2クール(12/12 <sup>㊟</sup> ～12/16 <sup>㊟</sup> )申込締切12/6 <sup>㊟</sup> |  |
| 院内保育所<br>希望の有無                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…お子様の年齢 _____歳 別途給食・おやつ代350円がかかります。   |  |
| 未就学児のみ利用可、<br>就学児は要相談              | ※アレルギー等あるお子さんは要相談<br>保育所をご利用の場合は、通常の締切より早くなります。詳しくはお問い合わせください。<br>また、事前に面談、直近3か月以内の乳児検診の結果、申請書の提出が必要です。  |  |
| 新型コロナワクチン                          | <input type="checkbox"/> 接種しました <input type="checkbox"/> 接種していません  |  |

ユニホーム：こちらで用意いたします。白いスニーカータイプの靴をご用意ください。

通信欄(質問などご記入ください)

申込方法  
上の申込書を記入し、下記の問い合わせ先へEメール、郵送のいずれかの方法で送付ください。確認後、担当者よりご連絡いたします。

事業に関するお問い合わせ  
東京都ナースプラザコールセンター  
【TEL】03-6276-1718

公益財団法人 日産厚生会  
玉川病院

問合せ先  
【住 所】〒158-0095 東京都世田谷区瀬田4-8-1 【E-mail】nursing.office@tamagawa-hosp.jp  
【担当者】玉川病院看護部復職支援研修担当 【TEL】03-3700-1151 【FAX】03-3700-2090

お申込は  
コチラ!



アクセスは  
コチラ!

