

平成28年度看護職員復職支援研修のおしらせ

※この事業は、東京都看護協会が東京都から委託を受けて実施しています。

研修を受けてあなたの資格を活かしてみませんか？

東京白十字病院は看護師さんの職場復帰を応援します！

【研修場所・日時】

東京白十字病院 9:30~16:00 (土・日・祝日を除く)

1日コース・5日コース・7日コースを選択いただきます。
研修時、ナースバンクに登録をしていただきます。

【研修日程】

クール	コース	日程	締切
1クール	1日コース	9/20	9/9
	5日コース	9/20~27	
	7日コース	9/20~29	
2クール	1日コース	2/3	1/26
	5日コース	2/3~9	
	7日コース	2/3~13	

【1日コース】 いずれ再就業したいとお考えの方を対象とした講義等
【5日コース】 再就業に向けて少しずつ準備をしたいとお考えの方を対象とした 講義・実技演習・病棟実習のコース
【7日コース】 すぐにでも再就業したいとお考えの方を対象とした 講義・実技演習・病棟実習のコース

研修終了後、就業に向けたご相談をいたします。

研修終了後、希望者には訪問看護ステーションまたはその他施設の実習が可能です。

【次の条件を全て満たした方が対象となります】

- ① 保健師・助産師・看護師・准看護師のいずれかの資格を有する方
- ② 研修受講申し込み時において離職中である方
- ③ 就職先が決まっていない方
- ④ 都内施設の就業を希望する方

託児施設を完備しています（無料）

お子様がいらっしゃる方も、お気軽にご相談ください。

駐車場の利用ができます（無料）

【応募方法】

次ページの申込書を印刷し、必要事項をご記入のうえ、
郵送・FAX・ご持参のいずれかの方法でお申込ください。
ご不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

○研修のお申込・お問い合わせ

東京白十字病院 担当：糟谷（看護部）

TEL 042-391-6111

FAX 042-392-7908

東京都東村山市諏訪町2-26-1（西武新宿線東村山駅 徒歩約15分）

その他のお問い合わせ 東京都看護協会／東京都ナースプラザ 看護師確保対策事業係 TEL:03-5229-1525 FAX:03-3235-0230

復職支援研修申込書

復職支援研修に申込を希望いたします。

ふりがな	生年月日 (西暦)
氏名	19 年 月 日生
〒 -	男 ・ 女
住所	
TEL : (自宅)	(携帯)
連絡先 FAX :	
E-mail :	

下記の項目中、保有資格を○で囲み、その他の項目にご記入ください。

保有資格	保健師	助産師	看護師	准看護師
経験年数	看護職経験年数 (トータル年数) _____ 年			
離職期間	_____ 年			
<p>※ 研修初日に保有資格の免許証 (コピー可) をご持参ください。</p> <p>※ 今回の研修は、申込時に離職中であり都内施設への就業を希望するが、就職先が決まっていない方が対象となります。</p> <p>※ ナースバンクへの登録が必要となります。</p> <p>※ 受講する研修プログラムに応じて、保険へ加入していただきます。(加入料：無料)</p>				
(下記より選択したコースの左空欄に○を記入してください)				
研修コース (右記3種類)	1日コース 講義主体	5日間コース 講義・演習・病棟実習	7日間コース 講義・演習・病棟実習	
<p>上記コース終了後、希望者は下記の研修を受ける事ができます。(1・2の両方受講も可)</p> <p>希望者は番号に○を付け、実習希望日数(2~5日間)を記入してください。</p> <p>1 訪問看護ステーションコース (_____ 日間)</p> <p>2 診療所・老人保健施設・福祉施設等コース (_____ 日間)</p>				
白衣希望	なし	あり	(S ・ M ・ L ・ LL)	
託児ルーム希望 (希望者のみご記入ください)	人数 :	名	年齢	_____ 歳
<p>未就学児のみ利用できます。(利用料：無料)</p> <p>ご利用は先着順とさせていただきます。</p>				
駐車場希望	なし	あり		
通信欄 (質問等がありましたらご記入ください)				