

平成 28 年度 病院・訪問看護ステーション
派遣型再就業研修申込書

住所 〒

フリガナ
氏名

生 年 月 日	西暦	年	月	日	才	
連絡先 電話・FAX 番号	電 話： FAX：					
派遣希望病院・ 訪問看護ステーション						
研 修 コース (○をつける)	病院			訪問看護ステーション	() 3 日間コース	
	() 助産師コース					
免許種別(○をつける)	保健師		助産師	看護師	准看護師	
一時保育(託児) (○をつけ数字を記入する)	要 (年齢 人数)			不要		
経験年数/離職期間	経験 約 年		/ 離職 約 年			
連絡事項等	①交通手段： バス 電車 自家用車 その他 () ②研修可能日： ③研修可能時間： ④白衣借用 (要・不要) 要の場合 () サイズ ⑤希望研修内容 ⑥再就業準備講習会受講の有無 有 (受講年月： 年 月 会場名：) 無 ⑦その他 (連絡したいことや希望・要望、質問等があればお書きください)					

- 注) ・派遣先施設は、あらかじめ研修受入施設して登録された病院・訪問看護ステーションの中から、研修希望者住所地の最寄りの施設が選定されます。(希望どおりにならない場合があります)
 ・個人情報利用目的：病院・訪問看護ステーション派遣型再就業研修の実施に伴う施設への情報提供及び、研修中の損害保険加入に伴う保険会社への情報提供