

横浜相原病院 復職支援研修申込書

☎ : 045-362-7111 FAX : 045-362-7306

第一希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____ :
第二希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____ :

※□欄には✓でご記入ください

ふりがな				年齢			
氏名				□20代	□30代	□40代	□50代
住所	〒 _____						
連絡先	TEL 携帯			mail <small>※電話での連絡が難しい場合は、メールアドレスもご記入ください</small>			
資格	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 准看護師				
経験年数				年			
病院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()						
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	◎プログラム参加中の未就学児保育を希望される方は記入してください				
参加動機 (参加にあたり、希望や要望などをお書きください)							
この企画を何で知りましたか							
<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 看護協会ホームページ <input type="checkbox"/> SNS (facebook/Instagram) <input type="checkbox"/> その他 ()							

※上記内容をご記入の上、電話またはFAXもしくはメールでのお申し込みをお願いいたします。
 ◎申し込みの完了につきましては、こちらからお電話かメールにて連絡させていただきます。

【申し込み先】
 横浜相原病院
 担当 看護部 牛腸(ごちょう)・上松
 メール yoshimi.gochou@amg.or.jp