※受付日H　年　月　日 担当

ナースの為の復職支援プログラム申込書

横浜相原病院 ☎:045-362-7111 FAX:045-362-7306

※□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 □60代以上	
住所	〒　　ー			
電話番号	TEL　（　　）		FAX　（　　）	
	携帯　（　　）			
免許の種類	□看護師	□保健師	□准看護師	
経験年数	年			
病院までの交通手段	□徒歩 □自転車 □電車 □バス □自家用車 □その他（　　）			
当日のスケジュール	9:50 受付 （スケジュールはあくまでも予定ですので、当日変更の可能性あります。）			
	10:00 精神科看護の基本について			
	11:30 病棟見学			
	12:00 昼食（喫茶室エスポアールにて）			
	13:00 看護技術演習（注射・採血・感染対策について）			
	14:00 幻覚妄想体験・心理療法体験			
	15:30 ティータイム 16:00頃終了			
白衣サイズ	□S □M □L □LL □その他（　　）			
保育の希望	□有 □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				
□当院のホームページ □タウン誌（タウンニュース・リベルタ等） □知人から聞いた				
□ハローワーク □その他（　　）				