

# 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	〒      -							
電話番号	TEL      (      )			FAX      (      )				
	携帯      (      )							
免許の種類	<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(      )							
希望見学・体験項目 <small>(希望する項目に✓点を付けてください)</small>	<b>①メンタルヘルスについて学ぶ</b> <input type="checkbox"/> ナースの為のメンタルヘルス <input type="checkbox"/> こころの機能と構造について学ぶ <input type="checkbox"/> 心理テストを受ける <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護について <input type="checkbox"/> 作業療法							
	<b>②看護技術について学ぶ、体験する</b> <input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 点滴・注射見学 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理							
白衣サイズ	<input type="checkbox"/> S		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> LL <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"/> タウン誌(タウンニュース・リベルタ等)			<input type="checkbox"/> 知人から聞いた		
<input type="checkbox"/> 当院の広報誌			<input type="checkbox"/> 当院からのダイレクトメール			<input type="checkbox"/> その他(      )		