

看護師復職研修受講申込書

申込日 年 月 日

①受講者情報

ふりがな		生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)
氏名			
住所	〒		
メールアドレス		電話 番号	携帯： 自宅：
免許取得日	年 月 日	家族 構成	(例：夫、子二人(8歳、4歳))

年	月	経 歴 (学歴・職歴)

この研修を受講しようと思った動機は何ですか？	例：研修内容、子どもが中学生になった等
復職への意欲	<input type="radio"/> 近々復職を考えている（半年以内） <input type="radio"/> 1年以内には復職したい <input type="radio"/> ゆくゆくは復職を考えている（1年後以降） <input type="radio"/> その他（ ）
この研修を何で知りましたか？	<input type="radio"/> 広報やちよ <input type="radio"/> 市HP <input type="radio"/> やちよ情報メール <input type="radio"/> 市公式LINE <input type="radio"/> 市公式X <input type="radio"/> 市内の施設（名称 ） <input type="radio"/> その他（ ）
実技講習、一日職場体験で具体的に何を学びたいですか？	(実技講習) (一日職場体験) ※ ご記入いただいた内容に対応できない可能性もあります。予めご了承ください。
希望する一日職場体験先	・ 第1希望 施設名 ※ 体験日 ・ 第2希望 施設名 ※ 体験日 ・ 第3希望 施設名 ※ 体験日 ※ ご記入いただいた希望に添えない可能性もあります。予めご了承ください。 ※ 体験日は無記入でも構いません。希望する日がある場合にはご記入ください。

自宅学習での接続環境	<input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> プリンター <input type="checkbox"/> 視聴聴器なし（個別対応）
託児の利用	<input type="radio"/> 利用する <input type="radio"/> 利用しない 託児の利用を希望する方は、「②お子さん情報」もご記入ください。
その他（要望など）	 遅刻・早退予定、自宅学習のみ受講希望の場合など記入してください。

※ 看護師免許（准看護師免許）の写しを添付してください。

※ 申込書及び看護師免許の写しに記載された受講者の情報は、講師の八千代医療センター及び一日職場体験先の医療機関へ提供します。

②お子さん情報（託児の利用を希望する方のみご記入ください）

ふりがな		年齢	
氏名			歳
愛称		平熱	℃

託児の利用日	<input type="radio"/> 両日利用する <input type="radio"/> 1月17日（土）の実技講習のみ <input type="radio"/> 2月7日（土）の座談会のみ
排泄	<input type="radio"/> 自分でできる <input type="radio"/> おむつ
午前中の昼寝	<input type="radio"/> する（ 時 ～ 時 ） <input type="radio"/> しない
アレルギー	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある（ ）
その他（伝えておきたいことなど）	

※ 必要に応じて、おむつ、おしり拭き、着替え、タオル、ビニール袋、粉ミルク、哺乳瓶、お湯、昼寝用布団、おやつ、飲み物などをご持参ください。（全てお名前をご記入ください。）

※ 玩具の持ち込みはご遠慮ください。紛失・破損等の責任は負いかねます。

※ 前日までに37.5℃以上の発熱、または当日に嘔吐、下痢、咳、鼻水、くしゃみ（アレルギーを除く）の症状がある場合は、他のお子さんへの感染を防ぐためご利用いただけません。

※ 申込書に記載されたお子さんの情報は、講師の八千代医療センター及び保育士へ提供します。