

看護師復職研修受講申込書

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	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	☐ 近々復職を考えている（半年以内） ☐ 1年以内には復職したい ☐ ゆくゆくは復職を考えている（1年後以降） ☐ その他（ ）
この研修を何で知りましたか？	☐ 広報やちよ ☐ 市HP ☐ やちよ情報メール ☐ 市公式LINE ☐ 市公式X ☐ 市内の施設（名称 ） ☐ その他（ ）
実技講習、職場体験で具体的に何を学びたいですか？	（実技講習） （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。
希望する職場体験日数（最大3日参加可能）	☐ 1日 ☐ 2日 ☐ 3日
希望する職場体験先	① 医療機関名
別紙「職場体験先一覧」を参照し、ご記入ください。	② 医療機関名
	③ 医療機関名
	※ 職場体験は1か所につき1回まで、同じ医療機関に2回以上は参加できません。 ※ 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。

裏面に続く⇒

自宅学習での接続環境	☐ スマートフォン ☐ パソコン ☐ タブレット ☐ プリンター ☐ 視聴機器なし（個別対応）
託児の利用	☐ 利用する ☐ 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）	 職場体験の希望日、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。

※ 研修期間における損害事故及び賠償事故に備え、受講者には研修補償制度に加入していただきます（費用は市が負担します）。

※ 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職場体験先の医療機関、保険会社へ提供します。

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	歳
氏名			
愛称		平熱	℃

託児の利用日	☐ 両日利用する ☐ 1月16日（土）の実技講習のみ ☐ 2月6日（土）の座談会のみ
排泄	☐ 自分でできる ☐ おむつ
午前中の昼寝	☐ する（ 時 ～ 時 ） ☐ しない
アレルギー	☐ ない ☐ ある（ ）
その他（伝えておきたいことなど）	

※ 満6か月以上のお子さんが対象となります。

※ 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、携帯用補助便座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。

FAX番号：047-483-2665
 メールアドレス：chiikiiryoudo@city.yachiyo.chiba.jp
 提出期限：令和8年11月13日（金） ※必着