

## 平成29年度 復職研修申込書

フリガナ 氏 名	
住 所	
電話番号	
希望日	平成            年            月            日
※希望部署 (下記一覧からお選び下さい)	
勤務経験年数と いつごろまで勤務 されていたか (参考までをお願いします。)	
希望した理由	

## ※希望部署

病棟及び施設	地域包括ケア病棟	愛川北部病院 (3階病棟)	老人保健施設	コミュニティーケア北部
	一般病棟	愛川北部病院 (4階病棟)	訪問看護	ホット北部
	療養病棟	愛川北部病院 (5階病棟)		

【応募方法】 …… ① ② のどちらかでお願ひします。

① FAXの場合 **Fax.046(284)2335** までお願ひします。(送信状は不要です)

② 郵送の場合 〒243-0301 神奈川県愛甲郡愛川町角田281-1

看護部長 三崎 宛