

山形県看護協会 「潜在看護師等復職研修」担当者 行

\*この用紙のみ、2019年3月15日(金)までご返信ください。

潜在看護師等復職研修 受け入れ病院登録票

潜在看護師等復職研修受け入れ病院として登録します。

病 院 名

---

標榜診療科名

---

※山形県の公式ホームページで公表されている病院要覧（平成30年10月1日現在）の診療科名と同じ場合は、□に○印を付けてください。

担 当 者

所 属 名 \_\_\_\_\_

役 職 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

FAX 番 号 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

3日間の受け入れ体制:受け入れについて該当する( )に○印をご記入ください。

- ( ) 1. 連続する3日間のみ受け入れが可能
- ( ) 2. 1ヵ月の期間内で3日の受け入れが可能
- ( ) 3. 1・2のどちらも受け入れが可能

受け入れ期間：通年か期日指定の該当する( )に○印をご記入ください。

- ( ) 通 年 (受講者が開催期間中、希望する日程と調整して受け入れる。)
- ( ) 期日指定 ※受け入れ可能な期間を下記にご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]