

広島県看護職員復職支援事業登録票 (病院)

年 月 日

公益社団法人 広島県看護協会会長 様  
(広島県ナースセンター)

施設名		
記入者	職名	
	氏名	
	連絡先 (直通)	

●既に、研修協力病院として登録をしている場合 (継続意向確認)

引き続き、広島県看護職員復職支援事業実施要領に基づく研修協力病院として

- 登録を継続します。
- 登録を取り消します。

※登録した内容に変更があれば、新規登録用の表に記入してください。(変更した項目のみで構いません。)



●新たに、研修協力病院に登録する場合 (新規登録)

次のとおり、広島県看護職員復職支援事業実施要領に基づく研修協力病院として登録します。

病院名			
院長名			
看護責任者	職名		フリガナ氏名
住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
一時保育の受入	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	受入条件 (※あれば記入)		
助産師の受入	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	受入条件 (※あれば記入)		
研修受入に関する要望等			

★★登録票は広島県ナースセンターあてにメールでお送りください。★★

担当：広島県ナースセンター (〒730-0803 広島市中区広瀬北町9番2号)  
(公益社団法人広島県看護協会)  
メールアドレス：fukusyoku@nurse-hiroshima.or.jp  
TEL：082-293-9786 FAX：082-295-6749