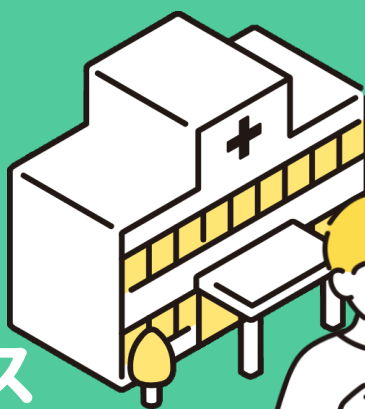


全コース参加費無料

東京都看護職員 復職支援研修 病院体験看護師コース



講義+体験or実習で
しっかり学べます!!



最新の医療・看護の現場で知識や技術を学びなおして
もう一度看護職で働きませんか？

開催概要

コース	内容	日時	申込期間
1日 コース	講義・病院見学 + 看護体験	日程応相談 お気軽にお問合せください	随時受付中
3日 コース	講義・演習 + 病棟実習1日間	7/13(月)~7/15(水)	9:30 ~ 16:00 5/28(木)~6/29(月)
		11/9(月)~11/11(水)	9/1(火)~10/26(月)
		R9.2/15(月)~2/17(水)	12/1(火)~R9.2/1(月)

※感染症の発生状況により開催が中止になる場合があります

●受講対象者● 以下の項目すべてを満たしている方になります。

- ① 保健師・助産師・看護師・准看護師のいずれかの資格をお持ちの方
- ② 研修申込時に離職中で、就業先が決まっていない方(内定者も対象外)
- ③ 東京都内で就業を希望されている方
- ④ 研修の全日程に参加できる方

●お申込み方法●

研修の参加にはeナースセンターへの事前登録が必要です
詳しくは東京都ナースプラザのHPをご確認ください

【事業・研修申込みに関する問合せ】

東京都ナースプラザ看護師等支援係 03-6276-1718

東京都ナースプラザHP



●その他提出物●

- ・「抗体価ワクチン接種歴記入シート」(次頁参照)抗体有無確認のため接種歴をわかる範囲で記入しご参加当日ご提出ください。
- ・ワクチン接種記録(母子手帳又は接種記録)の写し(可能な方のみ)

医療法人社団明芳会 IMSグループ
高島平中央総合病院
東京都板橋区高島平1-73-1

TEL 03-3936-5711

担当 総務課 長内

受付時間 平日 8:30~17:30 (土曜12:30迄)

交通アクセス



都営三田線 西台駅
西口より徒歩5分



国際興業バス
高島六ノ橋/大東文化大学/西台 徒歩5分

●この事業は東京都看護協会が東京都から委託を受けて実施しています●

抗体価ワクチン接種歴記入シート

氏名： _____

判定は **陽性の場合：+** **陰性の場合：-**と記載してください

疾患名	不明の場合には□にチェック	検査方法	検査結果		ワクチン接種推奨値 下記数値の場合	ワクチン接種日 実施記録有は記載
			判定	数値		
麻疹	□	EIA 法 (IgG)			16.0 未満	① ②
		PA 法			128 倍以下	
		中和法			4 倍以下	
風疹	□	HI 法			16 倍以下	① ②
		EIA 法 (IgG)			8.0 未満	
水痘	□	EIA 法 (IgG)			4.0 未満	① ②
		IAHA 法			2 倍以下	
		中和法			2 倍以下	
		水痘高原皮内テスト			5 mm未満	
流行性 耳下腺炎	□	EIA 法 (IgG)			(+) 以外 すべて	① ②
B 型肝炎	HBs 抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 検査未実施 HBs 抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 検査未実施 <input type="checkbox"/> 陽性 抗体価： _____ mlU/ml ※1 抗体価 10mlU/ml 未満の方で該当する項目をチェックしてください ①1 シリーズ (計 3 回) ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 途中 (_____ 回迄実施) ②過去の検査結果で抗体価が 10mlU/ml 以上あったことがある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (数値 _____ mlU/ml)				ワクチン実施歴有 <input type="checkbox"/> 1 シリーズ <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 _____ 年 _____ 月頃 <input type="checkbox"/> 2 シリーズ <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 _____ 年 _____ 月頃	

注意事項：この記録だけではなく検査結果及びワクチン接種記録（母子手帳又は接種記録）のコピーを保管する