

(申込様式10)

* 受講番号

研修番号35

平成28年度 認定看護管理者セカンドレベル教育 受講申込書

* 受付番号		平成28年 9月 1日 現在			受講要件(該当番号を○で囲む) 開催要項の要件参照		
		1			2		3
フリガナ		生年月日			性別		
氏名		年 月 日 生 () 歳			男		女
現職種	保助看	看護協会	会員	非会員	会員歴	県協会会員番号	
					年	NO.	
右の資格での 経 験 年 数	保健師 年	助産師 年	看護師(准看除く) 年	その他 年	合計 年		
施 設 名	<設置主体>				当該施設勤続年数 年 ヶ月		
	<施設名>				現在の職位		
					年 月 就任(通算 年 ヶ月)		
					管理者経験通算年数 年 ヶ月		
施 設 住 所	(〒 -)				代表電話 ()		
勤 務 場 所 (病棟・部署名)					電 話 () F A X ()		
自 宅 住 所	(〒 -)				自 宅 電 話 () 携 帯 電 話 () F A X ()		
E-mailアドレス	@ (自宅 施設)						
専門学歴 (最終学校名)	学 校 名				卒 業 年 月		
					年 月		
ファーストレベル 教 育	教 育 機 関 名						
	受講年度	年	修了年月日	年 月 日	修了証書番号		
該当する番号に○を つけて下さい。(受講 決定には影響ませ ん)	所属施設の看護管理者(看護部長・総看護師長など)に						
	1)届けている			2)届けていない			

*太線内は必ず本人が記入すること

*学校名は卒業時の正式名称を記入すること

*経 験 年 数・年 齢 は、**受 講 開 始 日**を基準とする

*管理者とは、看護師長以上を言う

*年 度 は、和 暦 で記入してください。

* 受講申込書の個人情報は、受講採否に使用します。

但し、受講決定後は、(1) 受講生名簿 (2) 研修会案内の送付 (3) 統計及び分析 に使用します。