

2024 年度 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル受講申込書

記入上の注意

- ① 太線内はすべて記入してください。(記入漏れがある場合は無効とします)
- ② 年齢、経験年数は 2024 年 4 月 1 日現在で記入してください。
- ③ 年号は西暦で記入してください。

ふりがな			年齢	性別	<input type="checkbox"/> 会員 県協会番号 () <input type="checkbox"/> 非会員
氏名			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	〒 ー			緊急時に連絡がつく電話番号	
職歴 同一の施設で職位の変動があった場合は、行を改めて記入する。	勤務年月	勤務先		職位	
	～				
	～				
	～				
	～				
	～				
	～				
看護師免許取得後の実務経験年数	年	ヵ月	(2024 年 4 月 1 日現在)		
認定資格 (任意)	<input type="checkbox"/> 認定看護師 () <input type="checkbox"/> 専門看護師 ()				

【施設について】

※施設に所属していない方は記入の必要はありません。

設置主体 所属施設名			病床数	床
施設住所	〒 ー			TEL
				(内線) (PHS)
現在の職位	<input type="checkbox"/> 部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 副部長職 <input type="checkbox"/> 副師長職 <input type="checkbox"/> 副主任職	現職位での年数 年 ヶ月	勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟 (科) <input type="checkbox"/> 外来 (科) <input type="checkbox"/> その他 ()

※会員・非会員、施設所属の有無等は選考に影響しません。
 ※<個人情報の取り扱い> 本会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。
 申込に際して知り得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この使用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。