

2025 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 2025 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 | 〒 — | | 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 | (2025 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 | 〒 — | | 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 | 勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟 ()科 <input type="checkbox"/> 外来 ()科 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 現職位での年数 年 ヶ月 | | |

※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。