

認定看護管理者教育課程 ファーストレベル セカンドレベル

記入日: 令和5年 月 日

ふりがな			
氏名			
所属施設名	所属部署名(病棟名等)		
	職位(施設内での名称を記入)		
施設住所	〒	TEL:	内線:
		FAX:	
免許取得年月日	看護師免許 西暦	年 月 日 取得	免許取得後の実務経験年数 年

ファーストレベル受講申込者のみ記入

受講動機:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

セカンドレベル受講申込者のみ記入

該当する番号に☑をつけてください。

① 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者: 修了年度(西暦 年度)

② 看護部長相当の職位にある者

③ 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者  
(※副看護部長相当の職位とは、保健医療福祉に関連した組織において、看護管理を行う立場を指す。)

\*申込書は該当年度の教育計画冊子の様式をコピー、またはホームページよりダウンロードしてご使用ください。  
 \*本研修申込書は、下記の(個人情報取り扱い)に同意したもとして、管理いたします。  
 当協会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会申込みに際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①当協会の研修会を受講する際の本人確認  
 ②当協会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携