

認定看護管理者教育課程 ファーストレベル サードレベル

※該当するレベルに☑をして下さい

記入日:令和 6 年 月 日 現在

ふりがな 氏名			
現住所	〒		
電話番号	*日中、連絡が取れる連絡先を記入して下さい。 電話番号: 電話連絡先:		
所属施設名			
所属施設住所	〒 電話番号: 内線( )所属部署名:		
看護師免許取得後の 実務経験年数(通算)	年目	所属施設での職位	
		・施設内での名称を記入 ・職位のない方は、スタッフと記入	

ファーストレベル受講申込者のみ記入

受講動機 ※該当するものに ✓をして下さい	<input type="checkbox"/> 自らのキャリア形成 <input type="checkbox"/> 自部署の課題解決 <input type="checkbox"/> 上司のすすめ <input type="checkbox"/> その他( )
具体的な受講動機をお書き下さい(250~300字程度)。	

サードレベル受講申込者のみ記入

該当する番号に☑をつけ、必要書類を添付して申し込んで下さい。	
受講要件	必要書類
<input type="checkbox"/> 1.認定看護管理者教育課程セカンドレベル修了	セカンドレベル修了証写し
<input type="checkbox"/> 2.看護部長相当の職位にある者	左記職位に該当する施設長の勤務証明書 次ページ参照
<input type="checkbox"/> 3.副看護部長相当の職位に1年以上就いている者	

\*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下さい。

\*本研修申込書は、下記の〈個人情報の取り扱い〉に同意したものととして、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「キャリアナース」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

公益社団法人 秋田県看護協会