様式 Ⅱ―１ 群馬県看護協会

受付番号

認定看護管理者教育課程　「セカンドレベル」　受講申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 日本看護協会番号 | 職能 | 実務経験（通算） |
| 氏名 |  | No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 | 保・助・看 | 　年 |

|  |
| --- |
| 受講要件（当てはまるものに全てチェックを入れて下さい。 |
|  | 日本国の看護師免許を有する（免許証の写しを添付） |
|  | 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある（准看護師免許は含まない） |
|  | 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※修了証の写しを添付 |
|  | 看護部長相当の職位にある、もしくは副看護部長相当の職位に１年以上就いている※勤務証明書様式Ⅱ-２を添付 |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 所属施設名 |  |

* 氏名は戸籍に準じたもの。
* 申込は会員・非会員を問いません。
* 提出された個人情報は、本会員の個人情報保護規定に基づき、取得・利用を適切に行い、本研修に伴う書類作成・発送に用い、この範囲を超えて取り扱うことはしません。