

(様式 1)

2025年度 認定看護管理者教育課程 受講申込書

協会記入欄

書類作成日 (西暦) 年 月 日

申込課程	※申込の課程に☑してください <input type="checkbox"/> ファーストレベル【第1期】 <input type="checkbox"/> ファーストレベル【第2期】 どちらかを選択する。		
ふりがな	生年月日		
氏名	(西暦) 年 月 日 ( ) 歳		
2024年度 会員番号 (○で囲む)	会 員 都道府県会員番号 (6桁) 日本看護協会会員番号ではありません	No.	非会員
	※会員番号は事務処理に使用します。会員・非会員は受講者選考に影響しません。		
ふりがな			病床数
施設名			床
施設住所	〒 TEL		
自宅住所	〒 TEL		
職 位	※相当する職位に☑してください <input type="checkbox"/> 看護部長相当職 <input type="checkbox"/> 副看護部長相当職 <input type="checkbox"/> 看護師長相当職 <input type="checkbox"/> 主任相当職 <input type="checkbox"/> スタッフ	看護師免許取得後の実務経験年数 (准看護師での経験年数は含まない。 また、産休、育休など業務に携わって いない期間は含まない。) 年 月	
受講要件	※当てはまるものすべてに☑してください。 <input type="checkbox"/> 日本国の看護師免許を有する。 <input type="checkbox"/> 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある。※准看護師経験は含まない <input type="checkbox"/> 管理業務に関心がある。		
注：1) 書類作成日現在で記入してください。 2) 書類作成は募集要項を十分に確認して、記入漏れ等がないように作成してください。 【個人情報の取り扱い】 *本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。 *本申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この範囲を超えて取り扱うことはありません。			