**様式３**

**認定看護管理者 教育課程受講申込書**

申込書の各欄に記載、または該当するものに☑印をつけてください。

※印はセカンドレベル受講申込者のみ記入する。　　　　　[ 記入日　平成　　年　　月　　日]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教育課程 | □ファーストレベル  □セカンドレベル | | 実務経験年数　　　　　　　　　　　年 |
| 応募回数(今回含む)　　　　　　　　回 |
| ふりがな  氏　 名　　　　　　　　　　　　　　　　歳  ＊４月１日現在の年齢を記入する。 | | □男  □女 | □　日本看護協会会員  □　非会員  ＊非会員でも選考に不利益はありません。 |
| 職　種　　　□保　　　□助　　　□看 |
| 現在の職位及びその在任期間  ・自施設での呼称 (　　　　　　　　　　)  ・現在の職位での年数　（　　　　年　　　ヵ月）  ＊４月１日現在の在任期間を記入する。 | | | 施 設 名（施設病床数）  　　　　　（　　　　床） |
| 設置主体 |
| 勤務部署　(例：外科病棟、内科外来) |
| 施設住所　〒  TEL (　　　)　　　－ | | | |
| 自宅住所　〒  　　　　　　　TEL (　　　)　　　－ | | | |
| ※認定看護管理者教育課程ファーストレベル　　修了年月日  　　　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　教育機関名 | | | |
| この研修におけるあなたの学習課題についてお書きください。 | | | |

＜個人情報の取り扱い＞

この情報は、公益社団法人新潟県看護協会個人情報保護規定に基づき適切に取り扱います。本教育課程に関連する諸業務および学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内の目的以外には使用しません。