

# 認定看護管理者教育課程サードレベル受講申込書

公益社団法人岩手県看護協会

ふりがな 氏 名			実務経験	年
職 種	保・助・看	看護協会会員	非会員・会員 _____ 県 (会員番号： _____)	
現 職 位	就任年月 _____ 年 _____ 月(在位 _____ 年 _____ ヶ月)			
(設置主体)施設名	(設置主体)	(施設名)		
施設住所	〒 _____ TEL ( _____ )			
勤務場所	(病棟名等)		内線	内線：
			または 直通番号	直通：
自宅住所	〒 _____ TEL ( _____ )			
受講要件AまたはBに当てはまるものに○を付け書類を添付して下さい。				
A 認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了者(修了証コピー)				
B 看護部長相当の職位にある者もしくは、副看護部長相当の職位に1年以上就いている者(勤務施設長の勤務証明書) <span style="float: right;">*セカンドレベル研修未修了者</span>				

受講動機 \*簡潔に記入して下さい


注：ご記入は漏れのないよう正確に、また該当する欄(事項)に○印をお付けください。  
 看護協会会員番号欄は記載がなくても受講できます。  
 個人情報の取り扱いについて・・申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。