

認定看護管理者教育課程ファーストレベル 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 (_____)			

〔受講動機・学習課題〕

【受講動機】	
【学習課題】	

施設看護管理者	職名	氏名
---------	----	----

注：ご記入は漏れの無いよう正確に、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、及び看護管理者氏名は、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。