**認定看護管理者教育課程セカンドレベル　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) | 内線または直通番号 | 内線： |
| 直通： |
| 自宅住所 | 〒 |

〔あなたが看護管理者として取り組もうとしている課題について記述してください〕

|  |
| --- |
| ＊テーマ： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 施設看護管理者（自署）　　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。