**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) | 内線または直通番号 | 内線： |
| 直通： |
| 自宅住所 | 〒ＴＥＬ（　　　　　　　　　　） |

〔受講動機・自部署の課題〕

|  |
| --- |
| 【受講動機】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 【自分の立場で考える部署の課題】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 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。