コピー可

東京都看護協会

様式５

認定看護管理者教育課程 「ファーストレベル」受講申込書

※記入漏れがないようにご記入ください。

申込期間：2 月 1 日～2 月 15 日 **（最終日必着）**

※受付 No.	受講希望コース	（※希望する番号に〇をつけてください。） 1. 第1回　2. 第2回　3. どちらでもよい

受講要件 （※当てはまるもの全てに✓を入れ、空欄に必要事項を記入してください。）

□ 日本国の看護師免許を有する者。（様式9添付のこと）

□ 看護師免許を取得後、実務経験が通算５年以上ある者。（様式9添付のこと） ＊准看護師経験は含まない

◆看護師免許を取得した年度（西暦　　年）

□ 管理的業務に関心がある者。

●会員番号の記載が無くても応募可能です。会員・非会員の有無は選考に影響しません。

ふりがな 氏 名	年 齢 歳	東京都看護協会会員番号（6 桁）

性 別	職 能	実務年数（通算）	2019 年度入会の有無	日本看護協会会員番号（8 桁）
男 ・ 女	保・助・看	年目	□ 入会 □ 未入会	

ふりがな 施設名	施設規模（病床数） 床

別途、「参加券・払込取扱票」をお送りしますので、請求書送付先は必ずご記入ください。

請求書送付先		
	□施設	施設住所 〒　TEL：　（内線　） （いずれかに✔してください） □ 担当者宛 □ 本人宛
	□自宅	自宅住所 〒　TEL：　（日中連絡が取れる連絡先）

E-mail ※受講前の事前連絡等に使用することがありますので、必ずご記入ください。

職 位（相当する職位に✔してください）

□看護部長相当 □副部長相当 □師長相当 □副師長相当
□主任相当 □副主任相当 □スタッフ

現在の職位での年数

年　ヶ月

勤務領域

□ 病 棟【　】科
□ 外 来【　】科
□ その他（　）

施設の状況

□ ファーストレベル修了者がいる（　名）
□ ファーストレベル修了者がいない
□ 不明

●個人情報の取り扱いについて、当協会の個人情報管理規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会のお申込に際して提供していただく個人情報は研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。