

認定看護管理者教育課程「サードレベル」受講申込書

※受付 No. _____

申込期間： 4月 8日～ 4月 22日 (最終日必着)

※記入漏れがないようにご記入ください。

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)

※以下の要件のいずれか 一つ に✓を入れ、空欄に必要事項を記載してください。

認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。(セカンドレベル修了証明書添付のこと)

看護部長もしくは看護部長相当の職位にある者。(様式8添付のこと)

副看護部長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。(様式8添付のこと)

●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		2019年度入会の有無		東京都看護協会会員番号 (6桁)			
氏名		入会 <input type="checkbox"/> 未入会 <input type="checkbox"/>					
年齢	性別	職能	実務年数 (通算)	日本看護協会会員番号 (8桁)			
歳	男・女	保・助・看	年目				

ふりがな	施設規模 (病床数)
施設名	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	<input type="checkbox"/> 施設	施設住所 〒 _____ TEL : _____ (内線 _____)
	<input type="checkbox"/> 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 (相当する職位を✓してください) <input type="checkbox"/> 看護部長相当 <input type="checkbox"/> 副部長相当 <input type="checkbox"/> 師長相当 <input type="checkbox"/> 副師長相当 <input type="checkbox"/> 主任相当 <input type="checkbox"/> 副主任相当 <input type="checkbox"/> スタッフ	現在の職位での年数 _____ 年 _____ ヶ月
---	--------------------------------------

勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟 【 _____ 】科 <input type="checkbox"/> 外来 【 _____ 】科 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	施設の状況 <input type="checkbox"/> サードレベル修了者がいる (_____ 名) <input type="checkbox"/> サードレベル修了者がいない <input type="checkbox"/> 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ありません。