

2019 年度 認定看護管理者教育課程サードレベル 受講申込書

		*受付番号	*受講番号
記入日：2019 年 月 日			
フリガナ			年齢
氏 名			歳
フリガナ			
施設名			
施設規模	・病床数または入所定員数 (床・名) ・看護職員総数 () 名		
施設住所	〒 —		
TEL :	()	FAX :	()
勤務場所 (病棟名等)	直通または 内線番号	直通	()
職位 _____ 年 _____ 月		内線	
受講要件 (添付書類) に○をつけてください			
1 認定看護管理者教育課程セカンドレベル修了者 (修了証コピー) : 西暦 _____ 年度修了			
2 看護部長相当の職位にある者 (勤務施設長の勤務証明書)			
3 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 (勤務施設長の勤務証明書)			
該当する番号に○を付けてください 受講決定には影響しません	所属施設の看護管理者 (看護部長、総師長など) に 1) 届け出ている 2) 届け出していない		
本協会より問合せをする場合の連絡先を記載してください			
自宅・携帯・施設・その他 () ※○をつける			
連絡先電話番号 : — —			

*印は記入しないでください。

<個人情報の取り扱い>

本会の個人情報保護方針 (<http://www.nurse-saitama.jp/privacy/>) および規則などに基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みの際に得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、案内文書などの送付に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。なお、上記以外の情報を受講決定後、研修期間中に連絡網、グループワーク等のためにお聞きすることがありますのでご了承ください。