

2023 年度 認定看護管理者教育課程セカンドレベル 受講申込書

2023 年 4 月 1 日現在で記入してください		*受付番号		*受講番号	
フリガナ					年齢
氏 名					歳
フリガナ					
法 人 名					
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	〒 ー				
TEL :	()		FAX :	()	
勤務場所 (病棟名等)	直通または 内線番号		直通	()	
職位 _____ 年 _____ ケ月			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ファーストレベル修了者 (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) ※上記 1 に該当しない方は、受講要件 2・3 を満たす勤務証明書 (様式 認4) を提出してください					
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			
自宅住所: 〒 ー 携帯番号: メールアドレス (キャリアメールはできるだけ避けてください): マナブル ID (MB で始まる数字) すでに登録している方は記載してください: 本協会より問合せをする場合の連絡先 : 自宅・携帯・施設・その他 () 連絡先電話番号: ー ー					

<個人情報の取り扱い>

*印は記入しないでください。

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。