様式　認１

2024年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル 受講申込書

＊受付番号	＊受講番号

2024年10月1日現在で記入してください

フリガナ	
氏　　名	

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　〒　　－

ＴＥＬ：　　（　　）　　ＦＡＸ：　　（　　）

勤務場所（病棟名等） 職位＿＿＿＿＿＿　＿＿＿年＿＿＿ヶ月	直通または内線番号	直通	（　　）
		内線	

免許取得後の実務経験年数：**勤務証明書（様式　認４）も提出してください。**

・保健師（　　）年　　・助産師（　　）年

・看護師（　　）年　　・看護教員（　　）年

合　　計：　　年

該当する番号に〇を付けてください 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）届け出ていない

自宅住所：　〒　　―

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：　　―　　―

＜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。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、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。