

## 2021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

		*受付番号	*受講番号
2021年4月1日現在で記入してください			
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	〒      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 _____ 月		内線	
<p>受講要件 (添付書類) に○をつけてください</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p>			
<p>該当する番号に○を付けてください</p> <p>受講決定には影響しません</p>		<p>所属施設の看護管理者 (看護部長、総師長など) に</p> <p>1) 届け出ている      2) 届け出していない</p>	
<p>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</p> <p>自宅・携帯・施設・その他 (      )</p> <p>連絡先電話番号 :      ー      ー</p>			

\*印は記入しないでください。

## &lt;個人情報の取り扱い&gt;

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。

勤 務 証 明 書

西 暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

1. 在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務していることを証明します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月より

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 通算 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月間

2. 職位

上記の者は当施設において、以下の職位であることを証明します。

職位 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月より

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月まで 通算 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月間

施 設 名 :

所 在 地 :

施 設 長 名 :

印