

2023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
2023年10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			
法人名			
施設名			
施設規模	・病床数または入所定員数 (床・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	
免許取得年 (西暦)	免許取得後の実務経験年数：勤務証明書 (様式 認4) も提出		
年	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○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： 〒 —			
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： — —			

<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。