

2019 年 認定看護管理者教育課程サードレベル 受講申込書

ふりがな	生年月日（西暦）  年 月 日 歳	性別
氏 名		男・女

ふりがな	
施設名	
現職位の就任年月日（在職年数） 西暦 年 月 日～ ( 年 月)	現職位は以下のいずれに相当しますか <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 看護主任職 <input type="checkbox"/> その他 ( )
施設住所	〒 TEL FAX
自宅住所	〒 TEL FAX

受講要件（受講者選抜試験実施要項 3 受講要件参照）該当する番号に○印をつけてください。

1 認定看護管理者教育課程セカンドレベル教育課程を修了している  
修了年月日 西暦 年 月 日

2 看護部長相当の職位にある

3 副看護部長相当の職位に1年以上就いている

注 1：2018 年 12 月 1 日現在で記入してください。

【個人情報の取扱い】

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。この個人情報は、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、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはしません。なおこの範囲を超える場合には、ご本人の同意を得た上で取り扱います。