

平成 30 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

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（現職年数） 西暦 年 月 日～ (年 月)	現職位は以下のいずれに相当しますか ☑をつけて下さい □ 看護部長職 □副看護部長職 □師長職 □ 主任職 □その他 ()
施設住所	〒 TEL FAX
自宅住所	〒 TEL FAX

受講要件（募集要項 6 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ファースト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ある

注 1：2018 年 6 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。