**令和4年度　兵庫県看護協会　認定看護管理者教育課程　受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載の不備は無効となる場合があります。記入欄には正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。 | **優 先 順 位：**※ファーストレベル研修で複数の申込み者がいる施設は記載ください。 | **※本会記入欄**(受付番号) |
| ふりがな | ※希望する研修の□に✓印をつけてください。□ファーストレベルⅡ期　□ファーストレベルⅢ期□セカンドレベル　　　　□サードレベル |
| 氏名 |
| □会員　　　　　□非会員※会員・非会員の有無は選考に影響しません。 | 会員番号 | 日本看護協会No. |
| 兵庫県看護協会No. |
| 施設番号 |  |
| 設置主体 | 病床数 | 現在の勤務場所□病棟（　　　　　　　　　　科）□外来（　　　　　　　　　　科）□その他（　　　　　　　　　　） |
| 施設名 |
| 施設住所　〒 | TEL:FAX: |
| 実務経験年数 | 年　　ヵ月※免許取得後の実務経験年数　**准看護師経験は含まない** | 管理年数 | 年　　ヵ月※主任以上の管理経験年数 |
| 担当する職位 | □看護部長職相当　□看護副部長相当□師長職相当　　　□主任職相当□スタッフ　　□その他（　　　　　） | 認定資格 | □認定看護師（　　　　　　　　　）□専門看護師（　　　　　　　　　） |
| 自宅住所　〒**※必須**　①携帯電話（　　　　　　　　　　）②連絡用メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講動機を具体的に記述してください（600字以内）　　 |

＜個人情報の取扱い＞本会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会の研修申込に際して得た個人情報は、研修会申込伴う書類発送、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、範囲を超える場合には、本人の同意を得たうえで取り扱います。