**令和5年度　兵庫県看護協会　認定看護管理者教育課程　ファーストレベル受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記載の不備は無効となる場合があります**。  正確に記載し、該当するものに、☑をつけてください。 | | **優 先 順 位：**  ※申込者複数の施設は記載 | | | **※本会記入欄**  整理  番号 |
| ふりがな | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ①木・金・土コース | Ⅱ期 | □ | | ②集中コース | Ⅰ期 | □ | | ③集中コース | Ⅰ期あるいはⅢ期 | □ | | ④集中コース | Ⅰ期あるいはⅣ期 | □ |   ※集中を避けるため①②③④から選択してください（複数可） | | | |
| 氏名 | |
| **※連絡用（①②ともに必須）**  　①携帯電話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　②メール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □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　**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　職位 | □看護部長職相当　□看護副部長職相当  □師長職相当　□主任職相当　　□スタッフ | | 認定資格 | □認定看護師：分野（　　　　　　　　　　　　　）  □専門看護師：分野（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 自宅住所　〒 | | | | | |
| 受講動機を具体的に記述してください（600字程度） | | | | | |

＜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。