

青森県看護協会

平成20年度認定看護管理者制度ファーストレベル教育課程 受講申込書

職 種	保・助・看	会員歴		年	県会員 No.	No.		
フリガナ 氏 名		生年月日		年	月	日 (歳)	性別	男・女
施設名		勤務場所			現在の 職位		設置 主体	
施設 所在地	〒 TEL () - FAX () -							
一般学歴	(最終学校名)				卒業 年月	年	月	卒業
専門学歴	(最終学校名)				卒業 年月	年	月	卒業
(日本看護協会・国・県等) 受講した研修会名	自	年	月	日	主催			
	至	年	月	日	主催			
	自	年	月	日	主催			
	至	年	月	日	主催			
免許取得後の 実務経験年数	保健師	年	助産師	年	看護師	年	合計	年
受講にあたっての課題								
看護部門の責任者氏名 _____ 印								

○研修会受講申込書に記載された個人情報は、研修会名簿以外には使用いたしません。
○「責任者の印」が必要なため、FAX での申込みはできません。郵送をお願いします。