|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 施設名 |  |
|  |
| 受講決定送付先 | （ 施設 ・ 自宅 ）〒　　　　-　　　　 |
| 　 | TEL（　　　） －FAX（　　　） － |
| 受講要件の確認 | 　（１）看護師等免許番号を記入してください　　　保健師　　　　　　　　　　　　助産師　　　　　　　　　　　　看護師　　　　　　　　　　　　　（２）免許取得後の看護職実務経験年数を記入してください（准看護師の経験年数は含みません）　　　勤務施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　ヶ月　　　勤務施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　ヶ月　　　　　　　　　　　　　　　　　通算実務経験年数（合計）　　　　　年　　　　ヶ月  |
|
|
|
| 自部署の課題について（８００字以内） | 自部署の課題について800字以内で記載してください。 |
|
|
|

**２０１９年度認定看護管理者教育課程ファーストレベル受講申込書**

個人情報の取扱い：本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

**この申込書は郵送でのみ受付（ＦＡＸ不可）**