**青森県看護協会認定看護管理者教育課程セカンドレベル受講申込書**

A票

申込年月日　　2023　年　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 看護職としての実務経験年数 | 年　　　　　ケ月＊欄外の注意事項を確認のこと。 |
| 現在の職位 |  | 現在の職位の在職年数 | 　　　年　　　ケ月＊欄外の注意事項を確認のこと。 |
| 所属施設名 |  |
| 連絡先 | 施設住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| TEL |  | Email |  |
| 受講要件：該当するものに○をつけてください。 |
| ア | 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了した者 | 教育機関名 |  |
| 受講期間 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 修了年月 | 　　　　年　　　月 |
| イ | 看護部長相当の職位にある者 |
| ウ | 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 |

＊実務経験年数、在職年数は、2023年4月1日時点の年数をお書きください。

**セカンドレベル受講動機**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設B票 | 職位 | 氏名 |
|  |  |  |
| [受講動機][ セカンドレベル受講にあたっての、職場の管理上の課題、もしくは自分の学習の課題 ] |

**【職位及び勤務証明書】**

C票

　　　2023　年　　　月　　　日

**氏名**

**１　　在職期間**

**上記の者は当施設において、**

**（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日から、**

**（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日まで**

**計　　　　　　　　　年　　　　　　　月間**

**勤務していることを証明します。**

**２　　職位（期間）**

**上記の者は当施設において、**

**（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日から、**

**（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日まで**

**（職位）**

**であることを証明します。**

**施設名：**

**所在地：**

**所属長名：**印

＊「在職期間」「職位（期間）」は、継続して在職している場合、または継続してその職位にある

場合は証明書記入日を期間の最終日として下さい。

【セカンドレベル応募書類チェックリスト】

D票

　該当する受講要件に○印をつけ、同封した書類にチェックを記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　提出書類受講要件 | A票 | B票 | C票 | Ｄ票 | 免許証の写し（改姓等の修正事項がある場合は、 裏面の修正年月日も忘れずに コピーしてください） | ファーストレベル修了証の写し |
| 受講申込書 | セカンドレベル受講動機 | 職位及び勤務証明書 | セカンドレベル応募チェックリスト |
| ア | 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者 |  |  |  |  |  |  |
| イ | 看護部長相当の職位にある者 |  |  |  |  |  |  |
| ウ | 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 |  |  |  |  |  |  |