**様式 １**

（コピー可）

**令和２年度**

**公益社団法人宮崎県看護協会 認定看護管理者教育課程**

**受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ 受付番号 | * 受講番号
 | * 記入欄は正確に記載してください。

（※印は事務局で記入します。）* 看護協会の会員の有無にかかわらず応募できます。
* 記載の不備は無効とします。
* 所属施設がない場合は自宅住所を記載してください。
 |
| 申込みの教育課程にレ印をつけてください |
| □ファーストレベル　□セカンドレベル |

|  |
| --- |
| ふりがな氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　　 印 |
| 施 設 名 |  |
| 施設住所 | 〒 | TEL： |
| FAX： |
| 免許取得後実務経験年数※准看護師の実務経験は含まない※実務をしていない産休・病休などの期間は含まない※経験年数は令和元年12月31日の情報で記載 | 保健師（　　　　）年（　　　　）ヶ月助産師（　　　　）年（　　　　）ヶ月看護師（　　　　）年（　　　　）ヶ月看護教員（　　　　）年（　　　　）ヶ月 |
| 以下はセカンドレベル受講時のみ記載 |
| ファーストレベル修了の有無 | 修了年月日（　　　　年　　月　　日）　修了番号（　　　　　　） |
| 職位該当するところに○をつけ、経験年数は数字を記載 | （　　　）看護部長相当（　　　）副看護部長相当　→　経験年数（　　　　）年 |

◎個人情報の取り扱いについては、本会の個人情報保護方針及び規定に基づき個人情報の取得・利用を適切に行います。取得した情報は受講者選考・選考結果の通知・受講手続きの書類発送に用い、これ以外の目的で取扱うことは致しません。

**様式 ２**

（コピー可）

様式は変更しないでください

令和２年度

公益社団法人宮崎県看護協会 認定看護管理者教育ファーストレベル教育課程

**勤　務　証　明　書**

年　　　月　　　日

　氏　名

１．在職期間（看護師免許取得後）

　　上の者は当施設において、

　　　　　　　年　　　　　　月　より　　令和元年　12月　31日まで

　　計　　　　　年　　　　　　月間　　　　勤務していることを証明します。

施設名：

所在地：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**様式 ３**

令和２年度

公益社団法人宮崎県看護協会 認定看護管理者教育ファーストレベル教育課程

**小　論　文**

氏名：　　　　　　　　　　　施設名：

テーマ

　１．受講動機

　２．自分の立ち位置で取り組める職場の課題

・書体：ＭＳ明朝体

・文字サイズ：10、5ポイント

・余白：左右30ｍｍ

・テーマ毎に記載

・テーマ１、２合わせて800字～1000字