**令和４年度**

**様式 １**

（コピー可）

**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 | | | □会員　　　□手続き中　　　□非会員  **↓**  宮崎県看護協会会員番号 | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |
| 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３年３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 | | 修了年度（　　　　　　年度）　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  ＊副看護部長相当とは、保健医療福祉に関連した組織に  おいて、看護管理を行う立場を指す。 | | | | | | | |

◎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。