|  |
| --- |
|  |
| 様式Ⅰ-１　　 | 群馬県看護協会受付番号 |
| 認定看護管理者教育課程　「ファーストレベル」　受講申込書 |
|  | ふりがな |  | 群馬県看護協会会員番号 | 職能 | 実務経験　（通算） |
|  | 氏　名 | 　 | №

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 | 保・助・看 | 　　　　　　　　　　年　　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  受講要件（当てはまるもの全てに☑を入れてください。） |
|  | 　　　□　日本国の看護師免許を有する（免許証の写しを添付） |
|  | 　　　□　看護師免許を取得後、実務経験が通算５年以上ある（准看護師経験は含まない） |
|  | 　　　　※勤務証明書様式Ⅰ－３を添付　現施設での実務経験が５年以内の場合は前施設等の証明書を必要数提出する |
|  | 　　　□　管理業務に関心がある |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな | 　　 |
| 所属施設名 |  |
| ※　氏名は戸籍に準じたもの。※　会員・非会員の有無は問いません。※　提出された個人情報は、本協会の個人情報保護規定に基づき、取得・利用を適切に行い、本研修に伴う書類作成・発送に用い、この範囲を超えて取り扱うことはしません。 |
|