|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |
|