様式　­Ⅰ-２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | |  | 群馬県看護協会  受付番号 |  |  | | | |  |
| 認定看護管理者教育課程　「セカンドレベル」　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 | | | | | | | | |  | |
|  | □　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） | | | | | | | | |  | |
|  | □　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  ※修了証の写しを添付 | | | | | | | | |  | |
|  | □　看護部長相当の職位にある、もしくは副看護部長相当の職位に１年以上就いている | | | | | | | | |  | |
|  | ※勤務証明書様式Ⅰ－４を添付 | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 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。 | | | | | | | | |  | |