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。 |  |