様式1

認定看護管理者教育課程受講申込書

課程名を☑して下さい	□　ファーストレベル
	□　セカンドレベル

⁂担当者記載欄	
受付番号	受講番号

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		沖縄県看護協会　□会員　　□非会員 （会員・非会員問わず申込可です。）			
氏　　名		職種	保・助・看	実務年数（通算）	年
施設名				施設規模（病床数）	床
施設住所	〒 ※書類は原則として施設住所へ送付します。			TEL FAX	

職　位　（該当する職位に✔してください。）	現在の職位での経験年数	現在の勤務領域
□看護部長職　□副看護部長職		□病棟(　　科)
□師長職　□副師長職　□主任職	2019年 4月 1日 現在	□外来(　　科)
□スタッフ　□その他(　　)	年　　ヵ月	□その他(　　)

資格認定の有無　専門看護師(　　)　認定看護師(　　)　その他(　　)

受講動機を具体的に記述してください。（400文字程度）

◇ 空欄の無いよう該当事項の記入をお願い致します。

◇ 不明な点がある場合は、確認をさせていただくことがあります。ご了承下さい。

◇ 本研修申込で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。