|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | ＜様式２-①＞ | | | | | | | | | | | |
| **令和２年度 認定看護管理者教育課程申込書①** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載不備がある場合は、受理せず返却となります。  太枠内のすべての項目に記入してください。  □には、該当項目に✔(チェック)をつけてください。 ※協会使用欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受講希望**  **教育課程** | | | | **□** | | **ファーストレベル** | | |  | | 受付番号 | | | | | | | | 受講番号 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **□** | | **セカンドレベル** | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 申込日：令和２年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | □ 男  □ 女 | | 西暦  　　　　　　　年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　種 | | | | | | | | | | 会員区分 | | 千葉県看護協会会員番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 看護師 　　　□ 助産師 　　　□ 保健師 | | | | | | | | | | □千葉県会員  □非会員  □他県  会員 | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | |
| 自　　宅 | | | | | 〒 － | | | | | 日本看護協会会員番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | | | | TEL： | | | | |
| 所属施設名 | | | | | （正式名称で記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受講要件  【必須】 希望する教育課程の受講要件で該当する項目すべてに、✔　をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ファーストレベル** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ 日本国の看護師免許を有するもの  □ 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者（准看護師経験は含まない）  □ **管理業務に関心がある者** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **セカンドレベル** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ 日本国の看護師免許を有するもの  □ 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者（准看護師経験は含まない） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下の項目は、いずれかに✔をつけ、申込書と併せて必要書類を提出してください。 | | | | | | | | | | | | 必要書類 | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | □ 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者 | | | | | | | | | | | 修了証明書の写し | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | □ 看護部長相当の職位にある者 | | | | | | | | | | | 勤務証明書の職位  ＜様式2-③＞ | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | □ 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和元年度に未履修教科目がある方のみ、　未履修教科目名を記載してください。 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

●　個人情報の取扱いについて、当協会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。

　申込に関して提出していただく個人情報は研修に伴う書類作成・発送にのみ用い、この利用範囲を超えて取扱うことは

いたしません。

公益社団法人千葉県看護協会 教育部教育課　〒261-0002 千葉市美浜区新港249-4

TEL：043-245-1744（代表） TEL：043-245-1980（教育部直通）　FAX：043-248-7246

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | ＜様式２-②＞ |
| **令和２年度 認定看護管理者教育課程申込書②** | | | |
|  |  | | |
| 受講申込者本人が記入してください。  記載の不備がある場合は、受理せず返却となります。 | **氏 名** |  | |
| **この研修における、あなたの受講動機を書いてください。** | | | |
| **認定看護管理者教育課程の目的に沿った、あなたの学習課題を書いてください。** | | | |

公益社団法人千葉県看護協会 教育部教育課　〒261-0002 千葉市美浜区新港249-4TEL：043-245-1744（代表） TEL：043-245-1980（教育部直通）　FAX：043-248-7246