|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | ＜様式２-①＞ | | | | | | | | | | | |
| **令和３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** | | | | * **第３９回ファーストレベル** | | | |  | | 受付番号 | | | | | | | | 受講番号 | | | | | | | | | |
| * **第４０回ファーストレベル** | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * **第２０回セカンドレベル** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 申込日：令和　　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３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249-4

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

|  |
| --- |
| ＜様式２-③＞ |
| **勤 務 証 明 書** |

令和　　　年　　　月　　　日

氏名

**【在職期間】**

**記載上の注意：**①申込者全員が提出して下さい。

②１枚で「実務経験５年以上」が証明できない場合は、複数枚提出して下さい。

　上記の者は当施設において、以下のとおり勤務している／したことを証明します。

　　　　 年　　　　月より

　　 　 年　　　　月まで　　　通算　　 　　 年　 　　ヶ月

**【職　位】**

**記載上の注意：セカンドレベル**申込者で「看護部長相当の職位にある者」または「副看護部長相当の

職位に１年以上就いている者」を受講要件とする場合にのみ記載して下さい。

上記の者は当施設において、以下の職位である／あったことを証明します。

　　　　 年　　　　月より

　　　　 年　　　　月まで　　　**職　位**

施設名：

所在地：

施設長名：

または看護管理者：　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | ＜様式２-④＞ | | |
| **令和３年度 認定看護管理者教育課程**  **応募書類チェックリスト** | | | | | | | | | |
| 【重要】受講要件にかかわるため、漏れのないように記入・確認（チェック欄に✔）してください。 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **受講希望**  **教育課程** | **□** | **第３９回ファーストレベル** | |  | チェック日：令和　　　年　　 月　 　日 | | | | |
| **□** | **第４０回ファーストレベル** | |
| **□** | **第２０回セカンドレベル** | | **申込者氏　 名** |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| １．応募資格について | | | | | | | | | チェック欄 |
| （1）**受講要件**を満たしていますか。＜様式2－①＞参照 | | | | | | | | |  |
| ２．申込書について | | | | | | | |  |  |
| （1）記載**漏れ**、チェック**漏れ**はありませんか。 | | | | | | | | |  |
| （2）教育課程の**目的に沿った学習課題を明確に**記載しましたか。＜様式2－②＞ | | | | | | | | |  |
| ３．同封書類について | | | | | | | | | |
| ３－１．ファーストレベル・セカンドレベル共通 | | | | | | | | | |
| （1）**申込書はＡ４サイズ**ですか。＜様式2－①②③④＞ | | | | | | | | |  |
| （2）**返信用レターパック（370円）1枚**を同封しましたか。 | | | | | | | | |  |
| （3）返信用レターパックには、**受講申込者本人が受け取れる宛先**を記載しましたか。 | | | | | | | | |  |
| （4）**応募書類チェックリストを同封**しましたか。＜様式2－④＞ | | | | | | | | |  |
| （5）前年度**未履修教科目がある方は、履修カードの写し**を同封しましたか。 | | | | | | | | |  |
| ３-２．セカンドレベルのみ | | | | | | | | | |
| （1）セカンドレベルの受講要件を満たすための**必要書類**は同封しましたか。 | | | | | | | | |  |
| ４．送付について | | | | | | | | | |
| （1）封筒には**認定看護管理者教育課程申込書類在中と朱書き**しましたか。 | | | | | | | | |  |
| 同封書類 | | | | | | | | | |
| **ファーストレベル** | | | **セカンドレベル** | | | | | | |
| ➊ 申込書①＜様式2-①＞  ➋ 申込書②（受講動機・学習課題）＜様式2-②＞  ➌ 勤務証明書＜様式2-③＞  ➍ 応募書類チェックリスト＜様式2-④＞  ➎ 返信用レターパック（370円）  ➏（未履修者のみ）履修カードの写し | | | ➊ 申込書①＜様式2-①＞  ➋ 申込書②（受講動機・学習課題）＜様式2-②＞  ➌ 勤務証明書＜様式2-③＞  ➍ 応募書類チェックリスト＜様式2-④＞  ➎ 修了証明書の写し  ➏ 返信用レターパック（370円）  ➐（未履修者のみ）履修カードの写し | | | | | | |

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