

2022年度

認定看護管理者教育課程 セカンドレベル 受講申込書

		受付 No	
ふりがな		職位（自施設の呼称で記入）	
氏 名		（ ）	
現 職 種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師	その職位は次のいずれに相当しますか □にレ点をつけてください。	
施 設 名		<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副師長職・主任職 <input type="checkbox"/> 副主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	
応募資格	1. 日本国の看護師免許を有する 交付（西暦） 年 月 日 免許番号（ ） 2. 看護師免許を取得後、実務経験が5年以上ある 申請時通算経験年数（ 年 月） 3. 次の該当番号に○で表示 ① 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 ② 看護部長相当の職位にある ③ 副看護部長相当の職位に1年以上就いている（平成 年～）		
職 歴	期 間	施 設 名	
	(西暦)		
_____年	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		

※上記、空欄に文字または○を記してください。

※この情報はセカンドレベルの受講に関わる以外の目的には使用いたしません。

※この様式は佐賀県看護協会ホームページからダウンロードできます。