＜様式１＞

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 | 第　　　　　　　　　　　　　号 |
| ※受付月日 | 2024年 　月 　日 |
| 申込者は記載しないでださい |

2024年度 公益社団法人石川県看護協会

認定看護管理者教育課程 申込書

【記入上の注意】

　・記載の不備は無効とします。（※の項目は事務局で記入します）

　・記入欄には正確に記載し、該当するものには☑印をつけてください。

　・実務経験年数、在職年数、管理経験年数、年齢は2024年4月1日現在の年数を記載してください。

 （准看護師の実務経験は含みません。）

申込年月日：2024年　　 月　　 日

□ファーストレベル教育課程　　　　　　□セカンドレベル教育課程

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住所 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 自宅住所 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現職位（現職位はいずれに該当しますか） | 現職位の就任時期 | 現職位の在職年数 |
| □看護部長　　　□副看護部長　　□看護師長　　　□副看護師長　　　□スタッフ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　　　月～ | 　　年　　　　ヵ月 |
| 看護管理経験年数計：　　　　　　年　　　　　ヵ月 | 看護師免許取得後の実務経験年数（＊准看護師経験は含めない）　　　　　　　　　年　　　　　ヵ月 |