

認定看護管理者教育課程 受講申込書

公益社団法人岩手県看護協会

| | | | |
|------------------|---|-------------------|---------------------------------|
| ファーストレベル・セカンドレベル | | | |
| ふりがな 氏 名 | | 実務経験 | 年 |
| 職 種 | 保・助・看 | 看護協会会員 | 非会員・会員 _____ 県 (会員番号： _____) |
| 現 職 位 | 就任年月 _____ 年 _____ 月(在位 _____ 年 _____ ヶ月) | | |
| (設置主体)施設名 | (設置主体) | (施設名) | |
| 施設住所 | 〒 _____ TEL (_____) | | |
| 勤務場所 | (病棟名等) | 内線 または 直通番号 | 内線： 直通： |
| 自宅住所 | 〒 _____ | | |

〔受講動機・学習課題〕

| |
|---------------|
| 【受講動機】 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| 【学習課題】 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | |
|---------|----|----|
| 施設看護管理者 | 職名 | 氏名 |
|---------|----|----|

注：ご記入は漏れの無いよう正確に、また該当する欄（事項）に○印をお付けください。
 看護協会会員番号、及び看護管理者氏名は、記載がなくても受講できます。
 個人情報の取り扱いについて・・・申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。