**2024年認定看護管理者教育課程研修ファーストレベル受講申込書（様式　認・1）**

※申込書の各欄に記載、または該当するものに○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ＊受付番号 | ＊受講番号 | | | 書類作成日　（西暦）  　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ  **氏　　　名** |  | | | 該当するものに○をつけてください。  受講決定には影響しません　非会員　・会員 | |
| **自宅住所**　　〒　　　　－  TEL:　　　　　（　　　　　）　　　　　　　FAX:　　　　　　（　　　　　　） | | | | | |
| **施　設　名**（正式名称で記入） | | | | | |
| **施 設 住 所**　　〒　　　　－  TEL：　　　　（　　　　　）　　　　　　　　FAX：　　　　　（　　　　　　）  協会研修管理情報システム  からのWeb申込日　(西暦)　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 看護師免許取得後の実務年数 | 看護師 | |
| 年 | |
| 受講動機記入欄：学びを今後どのように活かすかなど、受講動機を文字数300文字以上400字以内で記載してください。（書体MS明朝　フォント10.5ポイント）      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文字数　　　　　　字） | | | | | |

＊は記入しないでください。

応募にあたって提出された個人情報は「公益社団法人長野県看護協会個人情報保護規則」に則って取り扱い、本教育課程に関連する業務及び学習ニーズや研修評価に伴う調査、研修案内の目的以外には使用しません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人　長野県看護協会