**2024年度認定看護管理者教育課程研修セカンドレベル受講申込書（様式　認・2）**

※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 |
| 　**☆認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了について**１．修了年月日　　　　　西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　日　2．教育機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

＊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