コピー可

東京慈恵会医科大学

教育センター

看護キャリアサポ－ト部門

**認定看護管理者教育課程 「ファーストレベル」受講申込書**

様式1

※受付 No.

申込期間：2024年4月1日～2024年5月31 日（消印有効）

受講要件 （※全ての要件を満たしていること。）

１. 日本国の看護師免許を有する者。（様式2添付のこと）

２. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。（様式2添付のこと）

３.　管理業務に関心がある者。

◆看護師免許を取得した年度 （西暦 　　　　 　年 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | 実務年数（通算）  　　年　　　カ月  （2024年5月31日現在） |
| 氏 名 | | | |
| ふりがな | | | | |
| 施設名 | | | | |
| 役職 | | | 組織内での役割 | |
|  | | | | |
|  | 施 設 | 施設住所 〒　　 TEL： （内線 ） | | |
| 自宅 | 自宅住所 〒 TEL： （日中連絡が取れる連絡先） | | |
| E-mail： | | | | |

●個人情報の取り扱いについて　東京慈恵会医科大学教育センター・看護キャリアサポ－ト部門認定看護管理者教育課

程個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会のお申込に際して提供していただく

個人情報は研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。