様式１

**令和6年度 認定看護管理者教育課程セカンドレベル　受講申込書**

**公益社団法人　静岡県看護協会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| ふりがな |  | |
| 施設名 |  | |
| 施設住所 | 〒 | TEL（施設） |
| 自宅住所 | 〒 | TEL（携帯） |
| 受講要件  該当する要件  すべてに☑を  してください | 〔募集要項　10 受講要件 参照〕  □ １ 日本国の看護師免許を有する者  □ ２ 看護師免許を取得後、実務経験が通算して5年間以上ある者  □ ３ 認定看護管理者教育課程ファーストレベル教育課程を修了している  □ ３ 修了年月日　　和暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　日修了  □ ４　看護部長相当の職位にある  □ ５　副看護部長相当の職位に1年以上就いている | |

注１：**令和６年３月１日現在**で記入してください。

　注２：施設名は正式な名称を記入してください。

**【個人情報の取扱い】**

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。この個人情報は、研修会申込に伴う書類発送、学習ニーズや、研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはしません。なお、この範囲を超える場合には、ご本人の同意を得た上で取り扱います。

様式２

和暦　　　　　　　年　　　月　　 日

**勤　務　証　明　書**

氏名

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務していることを証明します。

　　　在職期間：和暦　　　　　　　　　　　年　　　　月より、

和暦　　　　　　　　　　　年　　　　月まで　　　　通算　　　　　　年 　　　月間

　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 ：

　　　　　　　　 施設長名 ：　　　　　　　　 　　　　　　　　　　印

※本書１枚で受講要件（看護師免許を取得後、実務経験が通算して５年間以上ある者）を

※証明できない場合は、本書を複写し、複数枚提出してください。

様式３

和暦　　　　　　　年　　　月　　日

**職　位　証　明　書**

氏名

　上記のものは当施設において、以下の職位であることを証明します。

　※下記 １）か ２）のどちらか該当する欄を選び記載をお願いします。

　１） 看護部長相当の職位にある者

　　　　職　　位

　２） 副看護部長相当の職位にある者

　　　　職　　位

　　　　職位就任期間：和暦　　　　　　　　　　年　　　　月より現在まで

　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 ：

　　　　　　　　 施設長名 ：　　　　　　　　 　　　　　　　　　　印