様式1

**令和６年度　認定看護管理者教育課程ファーストレベル　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  全てに☑  してください。 | □ 日本国の看護師免許を有する者  □ 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者   * 管理業務に関心がある者 | | |
| 受講希望時期  どれかに☑  してください。 | □第１回 （５月～７月）  □第２回 （10月～12月）  □どちらでもよい | | |

注１：**令和６年２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。

注３：受講希望時期に関しては、状況により調整させていただきこくことをご了承ください。

**【個人情報の取り扱い】**

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、研修会申し込みに伴う書類発送、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、

　　　在職期間 ：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。