

## 認定看護管理者教育課程セカンドレベル 受講調書

フリガナ											
氏名											
職種	該当する職種を○で囲んでください 保・助・看			性別	男・女						
生年月日	昭和 年 月 日 ( 才)										
所属施設名						所属 部署					
経験年数	スタッフ( 年) 副看護師長相当( 年) 看護師長相当( 年) 副看護部長相当( 年) 看護部長相当( 年) その他( 年)							現職位			
施設所在地	〒 TEL ( )										
自宅住所	〒 TEL ( )										
専門学歴 (最終学校名)									年 月卒業		
職 歴	年月～年月		施設名					職位			
看護師免許取得 後の経験年数 (准看護師経験は 除く)	保健師		助産師			看護師			計		
	年 月		年 月			年 月			年 月		
看護師免許	第 号 登録年月日 年 月 日										
受講資格 該当するものに○ をつけて下さい	①ファーストレベル教育課程を修了している者 ②看護部長相当の職位にある者 ③副看護部長に相当する職位に1年以上就いている者										
日本看護協会 会員・非会員	会員番号										

写真貼付  
(縦4cm×横3cm)  
※写真裏面に氏名と  
生年月日を記入の  
こと

1. 年齢・経験年数は研修開始日を基準にしてください。
  2. 日本看護協会会員、非会員の記載は必須ではありません。また、選考の基準にはなりません。
- ※記入にあたり欄の不足がある場合は、裏面に記入してください。

## ＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込みに得た個人情報は、研修会に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼や研修案内に用い、既定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。