

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							
所属施設名				施設の設置主体			
所属部署							
施設所在地	〒				TEL	()	
自宅住所	〒				TEL	()	
受講要件	1. ファーストレベル教育課程を修了している 2. 看護部長相当の職位にある 3. 副看護部長に相当する職位に1年以上就いている						
現職位	1 副院長 (副施設長) 2 看護部長相当 3 副看護部長相当 4 看護師長相当 5 副看護師長相当 6 主任および副主任相当 7 スタッフ 8 その他 ()		現職就任年月日	西暦	年	月	日
			現職在籍年数		年	ヶ月	
看護師免許取得後の実務年数 (准看護師経験は除く)	年目 (通算)		看護師免許を取得した年度	西暦	年		
			免許番号	第	号		
日本看護協会 会員	会員・非会員	日本看護協会会員番号 (8桁)					

●日本看護協会会員、非会員および会員番号の記載は選考の対象にはなりません。(会員の方は、会員番号の記載に、ご協力をお願いします)

1. 該当する項目を○で囲んでください。
2. 年齢・実務年数は研修開始日を基準にしてください。

<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。本会研修申込みにより得た個人情報は、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。