受付NO

＊受付N0

**2024(令和6)年度認定看護管理者教育課程ファーストレベル　受講調書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  | | | | | |  | | | 〇で囲む | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | 職種 | | | 保・助・看 | | | | |
|  |
| 所属施設名 |  | | | | 勤務領域  （診療科等） | | 病棟（　　　　　　　　　）科  外来（　　　　　　　　　）科  その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒  　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 TEL　　 （　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の設置主体 |  | | | 所属施設の  看護職員数 | | | （非常勤等を含む/看護補助者は除く）    　　　　　　　　　　　名 | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 TEL　　 （　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 現職位 | １看護部長相当  ２副看護部長相当  ３看護師長相当  ４副看護師長相当  ５主任および副主任相当  ６スタッフ  ７その他(　　　　　　　　) | | 就任年月日 | | | | 西暦　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 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．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。

公益社団法人宮城県看護協会