2024年度認定看護管理者教育課程 第２回ファーストレベル受講申込書　　　　　【様式1-2】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記入上の注意**○太枠内は、ご本人による記入をお願いします。○記入欄には正確に記載し、該当するものには☑印をつけて下さい。○実務年数は2024年10月1日時点での年数を記載してください。**＊准看護師としての経験は看護師の経験年数には含まれません。** | 受付番号 | 受講番号 |
|  |  |
|  |
| ふりがな |  | **看護師免許取得後**の務経験年数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 氏名 |  |
| 施設名 | 勤務領域（例：外科病棟、内科外来） |
| 施設住所 | 〒 | TELFAX |
| 自宅住所 | 〒 | TEL携帯 |
| 受講動機 | ＊受講動機は200文字程度で記載し、（　　　）内に文字数を記載してください。 |
| （ ）文字 |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認 | 提出する書類の番号を確認し、確認欄に☑を入れて提出してください。 |
|  | １ | 第2回ファーストレベル受講申込書（様式１-２）　　　　 |
|  | 2 | 看護師免許の写し（Ａ４サイズで提出） |
|  | 3 | 勤務施設長の勤務証明書（様式３）※.看護師免許取得後の実務経験、通算5年以上を確認できる証明 |

個人情報の取り扱いについて

長崎県看護協会個人情報保護規程に基づき適切に行います。受講者選考、選考結果の通知、受講手続のお知らせ等に利用し、この範囲を超える場合は、本人の同意を得たうえで取り扱います。

【様式3】

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 受講番号 |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務証明書

　　年　　　月　　　日

氏名

　　　１．在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり**看護師として勤務している**／したことを証明します。

**＊准看護師としての経験は看護師の経験年数には含まれません。**

西暦　　　　　　　年　　　　　月より、

　　　　　　　年　　　　　月まで　　　通算　　　　　　年　　　　　　月間

　　　２．職位

上記の者は当施設において、以下の職位である／あったことを証明します。

西暦　　　　　　　　年　　　　　月より、

　　　　　　　　年　　　　　月まで　　　職位

|  |
| --- |
| 施設名：所在地：施設長名： 　　　　　　　　　　　  |