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**

|  |  |
| --- | --- |
| 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（自宅） |  |
| ＴＥＬ（携帯） |  |
| メールアドレス | ※PCメール（Eメール、Gメール等）アドレスを記載（キャリアメールは不可） |
| 受講要件すべてに☑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注1：令和6年4月1日現在で記入してください。注2：准看護師の実務経験は含まない。注3：実務経験年数は、勤務期間内で育児休業、病気休業等の休職期間を除く (産前・産後休暇は実務期間とする)。 |

**【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。