様式　認１

# 2025 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

| ＊受付番号 | ＊受講番号 |
|---|---|
| | |

2025 年 9 月 1 日現在で記入してください

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 氏　　名 | |

フリガナ

法 人 名

施 設 名

| | |
|---|---|
| 施設規模 | ・病床数または入所定員数（　　床・名）　・看護職員総数（　　）名 |

施設住所　〒　　－

ＴＥＬ：　　（　　）　　ＦＡＸ：　　（　　）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 勤務場所（病棟名等）<br>職位＿＿＿＿＿＿　＿＿＿年＿＿＿ヶ月 | 直通または内線番号 | 直通 | （　　） |
| | | 内線 | |

免許取得後の実務経験年数：**勤務証明書（様式　認４）も提出してください。**

・保健師（　　）年　　・助産師（　　）年

・看護師（　　）年　　・看護教員（　　）年

合　　計：　　年

| | |
|---|---|
| 該当する番号に○を付けてください<br>受講決定には影響しません | 所属施設の看護管理者（看護部長、総師長など）に<br>1）届け出ている　　2）届け出ていない |

自宅住所：　〒　　―

携帯番号：　　―　　―

メールアドレス（キャリアメールはできるだけ避けてください）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

マナブル ID（MB で始まる数字）すでに登録している方は記載してください:

本協会より問合せをする場合の連絡先　:自宅・携帯・施設・その他（　　）

連絡先：　　―　　―

＜個人情報の取り扱い＞　　＊印は記入しないでください。

本会の個人情報保護方針（http://www.nurse-saitama.jp/privacy/）および規則などに基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、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、案内文書などの送付に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。なお、上記以外の情報を受講決定後、研修期間中に連絡網、グループワーク等のためにお聞きすることがありますのでご了承ください。