様式　認２

2025 年度 認定看護管理者教育課程セカンドレベル 受講申込書

＊受付番号	＊受講番号

2025 年 4 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） 職位＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿年＿＿＿＿ヶ月	直通または内線番号	直通	（　　）
		内線	

受講要件（添付書類）に○をつけてください

1　認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了者（修了証コピー）　：　西暦＿＿＿＿＿年度修了

2　看護部長相当の職位にある者（勤務施設長の勤務証明書）

3　副看護部長相当の職位に 1 年以上就いている者（勤務施設長の勤務証明書）

※上記 1 に該当しない方は、受講要件 2･3 を満たす勤務証明書（様式　認４）を提出してください

該当する番号に○を付けてください 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 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。