

※受付番号	※選考結果	※受講者番号
	合 ・ 否	

藍野大学 キャリア開発・研究センター

2024 年度

認定看護管理者 \_\_\_\_\_ レベル教育課程 受講申込書

記入日： 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
自宅住所 (書類送付先)		〒      ー	
		TEL :	携帯 :
勤務先	ふりがな		
	名 称		
	住 所	〒      ー	
TEL :			
職 位		現在の職位に相当するものに○をしてください。 1. 看護部長職                      2. 副看護部長職                      3. 看護師長職 4. 副看護師長職                      5. 主任職                                  6. スタッフ 7. その他 (                                  )	
看護師免許取得後の 実務経験年数 (休職期間を除く)		年      月	※セカンドレベル志願者のみ ファーストレベル修了  (いずれかに○) 修了 ・ 未修了
<b>【ファーストレベル修了者】</b> 修了証の写しを添付すること <b>【ファーストレベル未修了者】</b> 勤務証明書(様式2)を添付すること (実務経験年数及び職位に関する要件を満たすことがわかるように作成)			

【個人情報の取扱い】  
 本受講申込で得た個人情報は、受講者選考及び教育運営の円滑な運用に必要な範囲内で適切に利用いたします。