（ﾌｧｰｽﾄ・ｾｶﾝﾄﾞ様式１）　※ｺﾋﾟｰ可

**2019年度**

**和歌山県看護協会　認定看護管理者教育課程　受講申込書**

|  |
| --- |
| 申し込まれる教育課程に✔印をつけてください。 |
| □**ファーストレベル** | □**セカンドレベル** |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※修了証作成時に使用しますので、　　　　正確に記載してください。 |
| ふりがな | 所属部署（例：病棟、外来、手術室、等） |
| 所属施設名 |
| 施設所在地　〒 | Tel　　　　　　　　　（内線　　　　） |
| Fax |
| 自施設での現在の職位は下記のいずれに該当しますか✔をつけてください□看護部長職　　□看護副部長職　　□師長職　　□主任（係長）職　□副主任職　　　□スタッフ　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 免許取得後の実務経験年数(※准看護師経験は含みません ) 年　　 　か月　（2019年4月現在） |
| 看護協会の入会状況（※該当するものに✔） | 和歌山県看護協会会員番号（6桁） |
| □会員　　　□非会員　　□入会手続き中※会員・非会員の有無は受講料決定のためにご記載いただいており、受講者選考および研修受講への影響は一切ございません。 |  |
| ※緊急連絡時に、施設以外で連絡のつく連絡先　（下記のいずれかに記入）　携帯：　　　　‐　　　　-　　　　　　自宅電話：　　　　　-　　　　　　-　　　　　自宅ＦＡＸ：　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　　　　 |

◆以下は、修了証等の書類の受け取りを自宅に希望される方のみご記載ください。

|  |
| --- |
| 自宅住所　〒　　　　－　　　 |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

◆今回の研修における受講動機をお書きください

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

（ﾌｧｰｽﾄ・セカンド様式2）　※ｺﾋﾟｰ可

**勤 務 証 明 書**

　　　　　2019年　　　　月　　　日

氏　名

1. 在職期間

上記の者は当施設において、看護師として以下のとおり勤務している（していた）ことを証明します。（准看護師経験は含みません。）

西暦　　　　　　　　年　　　　月より

　　　　　　　　　　年　　　　月まで　　在職　　　　　　　　年　　　　　ヶ月

　　　　　　　　 施設名 ：

　　　　　　　　 所在地 ：

　　　　　　　　 施設長名： 印

**※本書1枚で、「実務経験5年以上」を証明できない場合は、**

**本書を複写し、合計5年以上になる**