

※受付番号

※受講番号

令和 7 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

西暦 年 月 日

フリガナ	
氏 名	

1. 所属組織（施設）

フリガナ	
施設名	
施設住所	〒
TEL	()

2. 自宅住所

自宅住所	〒
TEL	()
携帯電話	()

3. 日本看護協会加入状況

該当の番号に○印をつけてください。 会員・非会員は選考に影響しません。

1. 会員	2. 入会手続き中	3. 非会員
-------	-----------	--------

4. 実務経験年数

年	か月
---	----

【記入上の注意】

- ※印の枠内には記入しないでください。
- 枠内に正確に記載してください。記入漏れなどの不備があると無効となる場合があります。
- 施設名は略さず、正式名称を記入してください。
- 実務経験年数は、令和 7 年 3 月 31 日を基準としてください。
(注) 実務経験年数は、保健師・助産師・看護師の経験年数を記入して下さい。(准看護師の経験年数は、除いてください。)

【個人情報の取り扱いについて】

「受講申込書」の個人情報は、受講採否と研修会に伴う書類作成および発送、連絡以外には使用しません。この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う場合は、本人の同意を得た上で取り扱います。
(公益社団法人鳥取県看護協会)