2020 年度 看護管理実践基礎コース

受講申込書 （別紙 1）院外看護キャリア支援室

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 施設名 |  | 設置主体 |  |
| 勤務場所 | **具体的な領域で記入する** |  |
| 施設所在地 | 〒 |  | ℡（ | ） | － |  |  |
| 現住所 | 〒 |  | ℡（ | ） | － |  |  |
| **文書を添付でき る**メールアドレス |  |  |
| 修了した |  |  | 自 |  | 年 |  | 月 | 日 |  |  |
| 研修会名 |  |  | 至 |  | 年 |  | 月 | 日 | 主催 |
| （ 協会・国・県 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主催 |
| 等） |  |  | 自至 |  | 年年 |  | 月月 | 日日 |
|  |  |  | 自 |  | 年 |  | 月 | 日 |  |  |
|  |  |  | 至 |  | 年 |  | 月 | 日 | 主催 |
| 免許取得後の実務経験年数 | 保健師年 | 助産師年 | 看護師年 | 准看護師年 | 合計 | 年 |  |
| 職位 | 該当するものに○をつける看護師長に相当 ・ 副看護師長に相当・ その他（具体的に |  | ・ | スタッフ） |  |  |  |
| 受講に当たっての課題 |  |  |

（別紙 2）院外看護キャリア支援室

2020 年度 看護管理実践基礎コース

推薦書

受講者氏名

推薦理由

西暦 2020 年 月 日

施設名

看護部長名