（別紙1）院外看護キャリア支援室

2024年度　看護管理実践基礎コース

受講申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 |  |
| 氏　名 |  |
| 施設名 |  | 設置主体 |  |
| 勤務場所（所属先名） |  |
| 施設所在地 | 〒 | ℡　（ ）　－ |
|  |
| 現住所 | 〒 | ℡　（　　　）　－ |
|  |
| メールアドレス | ＊ファイル添付ができるメールアドレス（申込書送信時のアドレス） |
|  |
| 修了した管理研修(協会・国・県等)※西暦で入力※直近の３回 | 研修名 |  | 主催： |
| 期 間 | ～ |
| 研修名 |  | 主催： |
| 期 間 | ～ |
| 研修名 |  | 主催： |
| 期 間 | ～ |
| 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 | [ ] 看護師長に相当　　[ ] 副看護師長に相当　　[ ] スタッフ　[ ] その他（具体的に）： |
| 受講動機 |  |

＊パソコンで入力し、申込書はメールに添付して送信のこと

（別紙2）院外看護キャリア支援室

2024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 |
| 2024年　　月　　日施設名看護部長名 |

＊パソコンで入力し、申込書はメールに添付して送信のこと