

# 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル セカンドレベル

※該当するレベルに☑をして下さい

記入日：令和 7 年 月 日 現在

ふりがな 氏名			
現住所	〒		
電話番号	*日中、連絡が取れる連絡先を記入して下さい。 電話番号： _____ 電話連絡先： _____		
所属施設名			
所属施設住所	〒 電話番号： _____ 内線( _____ )所属部署名： _____		
看護師免許取得後の 実務経験年数(通算)	年目	所属施設での職位 ・施設内での名称を記入 ・職位のない方は、スタッフと記入	

## ファーストレベル受講申込者のみ記入

受講動機 ※該当するものに ✓をして下さい	<input type="checkbox"/> 自らのキャリア形成 <input type="checkbox"/> 自部署の課題解決 <input type="checkbox"/> 上司のすすめ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
具体的な受講動機をお書き下さい(250～300字程度)。			

## セカンドレベル受講申込者のみ記入

該当する番号に☑をつけ、必要書類を添付して申し込んでください。	
受講要件	必要書類
<input type="checkbox"/> 1. 認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了	ファーストレベル修了証写し
<input type="checkbox"/> 2. 看護部長相当の職位にある者	ファーストレベルを修了していない場合は、 左記職位に該当する施設長の勤務証明書 (書式あり)
<input type="checkbox"/> 3. 副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 ※副看護部長相当の職位とは、保健医療福祉に関連した組織において、看護管理を行う立場を指す。	

\*本研修申込書は、下記の〈個人情報の取り扱い〉に同意したものととして管理いたします。  
当協会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会申込みに際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①当協会の研修会を受講する際の本人確認②当協会の研修に関する連絡・情報提供③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナーシングとの連携