２０２０年度奈良県看護協会認定看護管理者教育課程受講申込書

□　ファーストレベル受講申込書（申込期間3月30日～4月8日13時必着）

□　セカンドレベル受講申込書（申込期間8月3日～8月12日13時必着）

各レベル共通　どちらかを☑ください

※記入日　西暦　　　年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| ※必須　　　　　　　　　　氏名 |  |
| ふりがな |  |
| ※必須　　　　　　　　　　自宅住所 | 〒 |
| ※必須　　　　　　　　　　電話番号  （連絡確実な番号・携帯可） |  |
| ※必須　　　　　　　　　　実務経験年数 | 年　　　　ヶ月 |
| ふりがな |  |
| 施設名 |  |

記入上の注意

・必須項目は必ず記載してください。

・記載の不備は無効とします。

・実務年数は開講月１日を基準としてください。

・実務経験年数は准看護師経験、産前産後休業、育児休業、介護休業、休業・休職中は除いて算出ください。

・１ヶ月に15日を勤務した場合は勤務した事と算出可能です。

・自宅電話番号は必ず連絡可能な番号を記載ください。携帯電話も可能です。

・施設名は任意で記載お願いいたします。

※受講者選考は応募者本人に関する情報に基づきます。会員・非会員また所属施設の要因、職位等は基準とはなりません。

（個人情報の取り扱いについて）

受講の申込に際して得た個人情報は、研修会申込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。