（申込-様式 1）

上尾中央医科グループ協議会

2019 年度 認定看護管理者教育課程研修 受講申込書

受 付 日※	受付番号※	受講番号※
／		

※当センター記入欄

太枠内を正確に記入してください。

受講希望	□ファーストレベル	□セカンドレベル	□サードレベル
ふりがな			
氏　　名			
施　設　名			

書類送付先	施　設 ・ 自　宅 （どちらか○で囲んでください） 住所：〒　　－
	E-mail（添付書類受け取り可能なアドレス）
日中可能な連絡先（両方とも記入）	【施　設】 TEL：　　－　　－ 直通または内線：（直通）　　（内線） 部署（病棟名）：
	【自　宅】 TEL：　　－　　－　　携帯：

	チェック欄	書類の種類	＊当センター記入欄
添付書類	□	看護師免許証の写し（A4 版サイズ）	
	□	勤務証明書（申込-様式 2）	
	□	修了証の写し（A4 版サイズ） （受講要件 3）に該当する教育課程修了証の写し。ファーストレベル申込時は不要です）	
	□	小論文 ファーストレベル「自部署における自己の役割と課題」（申込-様式 3） セカンドレベル「自部署における看護管理上の課題」（申込-様式 4） サードレベル「自施設におけるトップマネジャーとしての看護管理上の課題」 （申込-様式 5）	

【個人情報の取り扱い】 提出された個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。