2023年度　看護管理者パワーアップ研修　受講申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | | 年齢 | |  | | | |
| 施設名 |  | | | 設置主体 | |  | | | |
| 勤務場所  （所属名） |  | | | 職位 | |  | | | |
| 施設  所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 職歴  （役職についても記入） | 期間 | | | 施設名 | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| **＊ファイル添付ができるメールアドレス：** | | | | | | | | |
| 修了した  管理研修  (協会・国・県等) | 自　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　至　　年　　月　　日 | | | | | | 主催 | | |
| 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 |
| 受講に当たっての自分の役割から自施設の現状と課題を述べてください |  | | | | | | | | |

＊受講申込書は看護キャリア支援室ホームページよりダウンロードのうえ、パソコンで記入する

＊A4用紙1枚で提出（２枚にわたる場合は裏表印刷をして提出）