2024年度　看護管理者パワーアップ研修　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） |  | | | | | 職位 |  | | |
| 施設  所在地 | 〒 | | | | | ℡（　　）－ | | | |
|  | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | ℡（　　）－ | | | |
|  | | | | | | | | |
| 職歴（役職も記入）  ※看護管理者経験５年以上を確認できるよう記載 | 期 間 ※西暦で入力 | | | 施設名（役職） | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| ～ | | |  | | | | | |
| 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２回 | 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 |
|  | |  | |  |  | |
| 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 |  | | | | | | | | |

＊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