（別紙1）院外看護キャリア支援室

2025年度　看護管理実践基礎コース

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） |  | | | | | | | | |
| 施設  所在地 | 〒 | | | | ℡　（ ）　－ | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | ℡　（　　　）　－ | | | | |
|  | | | | | | | | |
| メールアドレス | ＊ファイル添付ができるメールアドレス（参加申込者本人のメールアドレス） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 修了した管理研修  (協会・国・県等)  ※西暦で入力  ※直近の３回 | 研修名 |  | | | | | | 主催： | |
| 期 間 | ～ | | | | | |
| 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 |
|  | |  |  |  | | |
| 職　位 | 看護師長に相当　　副看護師長に相当　　スタッフ  その他（具体的に）： | | | | | | | | |
| 受講動機 |  | | | | | | | | |

＊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

（別紙2）院外看護キャリア支援室

2025年度　看護管理実践基礎コース

推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 推薦理由 | |
| 2025年　　月　　日  施設名  看護部長名 | |

＊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