

## 2023年度 認定看護管理者教育課程セカンドレベル

## 受講申込書

★項目に沿って記入してください。該当する□にチェック☑を入れてください。

申込日 年 月 日

|                                       |                                                                                                                                   |            |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|
| ふりがな                                  |                                                                                                                                   |            |                                  |
| 氏 名                                   |                                                                                                                                   |            |                                  |
| 入会の有無                                 | <input type="checkbox"/> 会 員                                                                                                      |            | <input type="checkbox"/> 非会員     |
|                                       | ※ 都道府県の会員番号を記入してください                                                                                                              |            |                                  |
| 施設名                                   |                                                                                                                                   |            |                                  |
| 自宅住所                                  | 〒 —                                                                                                                               |            |                                  |
| 電話番号                                  | TEL (自宅番号)                                                                                                                        | TEL (携帯番号) |                                  |
| 免許取得後の<br>実務経験年数<br>(2023年4月1日<br>現在) | 保健師 年                                                                                                                             | 看護師 年      | 合計 年                             |
|                                       | 助産師 年                                                                                                                             | 看護教員 年     |                                  |
| 受講要件                                  | <input type="checkbox"/> ファーストレベル 教育課程修了 <input type="checkbox"/> 看護部長(または相当の職位) <input type="checkbox"/> 副看護部長(または相当の職位)に就いて1年以上 |            |                                  |
| 振込方法                                  | <input type="checkbox"/> 受講者の個人振込                                                                                                 |            | <input type="checkbox"/> 施設の一括振込 |

※申込の際は、受講申込書の原本をお送りください。(コピーでは受付できません)

\*個人情報の取り扱いについて

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、受講申し込みに伴う受講者選考、選考結果の通知、受講手続のお知らせや、各種書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼に用い、この利用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。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。

受講生の個人情報やレポートの保存・処分方法は、公益社団法人山梨県看護協会例規集 2. 本会規則等2-2文書管理規定 第7章文書の整理及び保存の、文書の整理(第16条) 起案文書の保管(第17条) 文書の保存期間(第18条) 文書の廃棄(第19条) 廃棄文書の処理(第20条) に準じます。