

受付日	選考結果	受付番号
/	可 不可	

2024年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル申込書

記入日：西暦 年 月 日

ふりがな			看護職実務経験年数 通算 (年)
氏名 (必須)			
自宅住所 (必須)	〒 Tel (自宅) () Tel (携帯) () (必須) E-mail :		
勤務先	設置主体： 公立 学校法人 財団法人 医療法人 独立行政法人 その他 () *該当するものに○ 施設名：		施設規模 (病床数) 床
	〒 Tel () (必須) E-mail :		
勤務領域	病棟 (科) 外来 (科) その他 ()	職 位 (○で囲む)	
		看護部長職 副部長職 師長職 副師長職 主任職 スタッフ その他 ()	
担当 (部署所属) 部署における役割 (例：病棟管理、新人研修担当、実習指導担当など)		現職位の就任年月日 (申込時)	
		西暦 年 月 日～ (現職の職位歴 年 ヶ月)	

* 個人情報の取り扱いは、福岡国際医療福祉大学個人情報保護規定に基づき適切に行います。

いただいた個人情報は、研修会に伴う書類作成及び発送・連絡以外には使用いたしません。