福岡国際医療福祉大学　生涯教育センター　　　　　　　　　　　　　　**＜様式２号＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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セカンドレベル申込書**

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　　　副主任職  スタッフ　　その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 担当（部署所属）部署における役割 | | 現職位の就任年月日（ 申込時 ） | | |
| （例：病棟管理、新人研修担当、実習指導担当など） | | 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。

福岡国際医療福祉大学　生涯教育センター

**セカンドレベル受講要件別確認表　　（別紙1）**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏名

受講要件により提出書類が異なります。以下２項目の要件のうち該当する番号１つに○をつけ、必要書類を添付してください。（１．については必要事項を記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | **受講要件** | **必要書類** |
| **１** | 認定看護管理者課程ファーストレベルを修了している者  **ファーストレベル教育機関名**    **修了年月日**  西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | 1. 2024年度　認定看護管理者教育課程セカンドレベル申込書　　　　　　　　　　　　　＜様式２号＞   ② ファーストレベル修了証の写し |
| **２** | 看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 | 1. 2024年度　認定看護管理者教育セカンドレベル   申込書　　　　　　　　　　　　　　＜様式２号＞   1. 左記職位に関する勤務施設長の勤務証明書   ＜様式３号＞ |
|  | | |

福岡国際医療福祉大学　生涯教育センター

**勤　務　証　明　書　＜様式３号＞**

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名

（西暦　　　　年　　　月　　　日生）

1. 在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務していることを証明します。

西暦　　　　 年　　　　　月より

西暦　　　　 年　　　　　月まで　　　　通算　　　　年　　　　月間

2. 職位

　 上記の者は当施設において、以下の職位であることを証明します。

西暦　　　　　年　　　　　月より

　　西暦　　　　　年　　　　　月まで　　　　職位

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： |  |
|  |  |
| 所在地： |  |
|  |  |
| 施設長名： | 印 |