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 |