提出書類A　様式1

コピー可

**【　受　講　申　請　書　】**

＊各欄に正確に記載、又は該当するものに印をつけてください。記載の不備は無効といたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 記入日西暦　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな氏名 | 緊急連絡先（携帯電話など連絡のとれる番号）Tel：E-mail： |
| 職種（○印をつけてください） 　保健師 ・ 助産師 ・ 看護師　　　　　実務経験　　　　年 |
| ふりがな所属施設名施設住所　〒　　　－Tel：　　　（　　　） |
| 所属施設以外の受取りを希望される方のみご記入ください。住所　〒　　　－Tel：　　　（　　　） |
| 該当する受講要件に○印をつけてください |
|  | ⑴　認定看護管理者教育課程セカンドレベル修了者 |
|  | ⑵　看護部長相当の職位にある者 |
|  | ⑶　副看護部長相当の職位に1年以上就いている者 |
| この研修におけるあなたの受講動機・学習課題についてお書きください。書き切れない場合は、別紙を作成し添付しても構いません（A4判）。 |

提出書類B　様式2

コピー可

**勤　務　証　明　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏名

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／したことを証明します。

西暦

　　　　　　　　　　　　年　　　　　月から

　　　　　　　　　　　　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／あったことを証明します。

西暦

　　　　　　　　　　　　年　　　　　月から

　　　　　　　　　　　　年　　　　　月まで　　職位

施設名

所在地

施設長名　　　　　　　　　　　　印

提出書類C　様式3(1枚目-表紙）

コピー可

**小　論　文**

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名

所属施設名

論文題目（テーマ）

　　『

　　　　　　　　　　　　』

1,600字程度　手書き不可

提出書類C　様式3(2枚目-論文）

コピー可

氏名(　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
|  |