**神奈川工科大学看護生涯学習センター** **〈様式１〉**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 選考結果 | 受講番号 |
| ／ | 可 不可 |  |

**2020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：令和 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏 名 |  | |
| 自宅住所 | 〒  Tel （ ）  （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（ ） | |
| 担当（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） | | |
| 本研修への申込み（該当するものに○）： ①今回が初めて ②2回目 ③3回目 | | |

＊個人情報の取り扱いは、神奈川工科大学看護生涯学習センター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。

＊看護師免許の写しは、責任をもって破棄させていただきます。

**神奈川工科大学看護生涯学習センター** **〈様式２〉**

**勤 務 証 明 書**

2020 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ことを証明します。

（西暦） 年 月 日より

（西暦） 年 月 日まで 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 日より

（西暦） 年 月 日まで 職位

施設名：

所在地：

施設長名：

印