

令和4年度日本看護協会認定看護管理者教育課程・実習指導者講習会申込書		
年 月 日 現在		
教育課程 (①～⑤のうち受講する課程に○印を記入してください)	<input type="checkbox"/>	①ファーストレベル
	<input type="checkbox"/>	②ファーストレベル + 実習指導者講習会
	<input type="checkbox"/>	③セカンドレベル
	<input type="checkbox"/>	④サードレベル
	<input type="checkbox"/>	⑤実習指導者講習会 (単独受講)
フリガナ 氏 名		
現住所	〒 電話番号：自宅 携帯	
所属施設名		
所属施設住所	〒 電話番号	
看護師免許	第 号 年 月 日 取得	
実務年数 (通算)	年 目	
セカンドレベル・サードレベルを応募の方は、 受講要件について適応する番号1つに○をつけ、必要書類を添付して申し込んでください。		
番号	受講要件	必要書類
1	ファーストレベルを修了している者	<input type="checkbox"/> ファーストレベル修了証写し
2	セカンドレベルを修了している者	<input type="checkbox"/> セカンドレベル修了証写し
3	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	<input type="checkbox"/> 左記職位に関する施設長の勤務証明書

注1. 西暦で記載して下さい。

注2. 記載された個人情報、日本赤十字社の個人情報の安全管理マニュアルに基づき適正に管理し、研修に係る連絡・書類作成のためのみに使用させていただきます。なお、提出された書類は返却いたしませんのでご了承下さい。

勤務証明書

氏名 _____

1. 在職期間 (准看護師として勤務した期間は含まない)

・看護師
・助産師 として (西暦) _____ 年 月 日から
・保健師

(西暦) _____ 年 月 日まで

計 _____ 年 月間勤務

2. 職位

(西暦) _____ 年 月 日から

(西暦) _____ 年 月 日まで

(職位) _____ として勤務

上記相違ないことを証明します。

(西暦) _____ 年 月 日

施設名

所在地

施設長名

印

受講要件及び必要書類確認書

施設名

名前

【実習指導者講習会】 以下の書類を添付してください。

提出確認欄 (チェック☐)	書類及び内容
<input type="checkbox"/>	(1) 申込書 (様式1)
<input type="checkbox"/>	(2) 勤務証明書 (様式2)
<input type="checkbox"/>	(3) 受講要件及び必要書類確認書 (様式3)
(4) 該当する受講要件にチェック☐	
<input type="checkbox"/>	(ア) 保健師養成所、助産師養成所、看護師養成所又は准看護師養成所の実習施設で実習指導者の任にある者
<input type="checkbox"/>	(イ) 将来、(ア)の実習施設の実習指導者となる予定にある者
<input type="checkbox"/>	(ウ) (ア)の養成所で実習指導の任にある者