

2025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： 年 月 日

すべて必須項目です。全項目必ず記載してください。

受講を希望する回に☑を付けてください		
☐ 第1回 2025年 5月16日(金)～8月2日(土) 閉講式8月29日(金) の20日間 ☐ 第2回 2025年11月21日(金)～2026年2月21日(土) 閉講式3月13日(金) の20日間 ☐ 第1回・第2回のいずれでもよい		
ふりがな		
氏 名		
自宅住所	〒	
	日中、連絡の取れる電話番号：	
	E-mailアドレス：	
	Gmailアドレス： (未取得の場合は「未」と記載してください)	
勤務先	施設名：	
	〒	
	電話番号： ()	
看護師 免許	看護師免許番号：	取得年月日：
看護職実務経験年数（通算）		年
現在の勤務先での経験年数（通算）		年
職業実践プログラムの要件（学校教育法第90条に規定する大学に入学することができる）を満たしている。		☐ 満たしている

※個人情報の取り扱いは、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。
 個人情報は、受講者選考、選考結果の通知、受講手続きのお知らせ以外に使用いたしません。