

【 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 :
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	
(1) 認定看護管理者教育課程セカンドレベル修了者	
(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	
(3) 看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者で、修士課程修了後の実務経験が3年以上ある者	
(4) 師長以上の職位での管理経験が3年以上ある者で、看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者	
(5) 師長以上の職位での管理経験が3年以上ある者で、大学院において管理に関連する学問領域の修士号を取得している者	
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)。	

施設長あるいは看護部長の推薦理由 (以下の観点から推薦理由をお書きください) (注)
申込者の看護管理実績の具体的内容、申込者の貴施設の期待について今後の登用などを含めてお書きください。
推薦者役職
推薦者名 _____ (印)

(注) 施設等に所属していないなどの事由により、施設長あるいは看護部長からの推薦が得られない場合は、本学桑園事務室 サードレベル担当 (TEL : 011-726-2500) へお問い合わせください。施設長あるいは看護部長からの推薦が得られない場合でも応募することは可能です。

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

小論文

西暦 年 月 日

氏名 _____

所属施設名 _____

論文題目 (テーマ)

『

』

氏名()

Large empty rectangular box for text input.