

令和2年度 認定看護管理者ファーストレベル教育課程 受講申込者名簿

令和2年 月 日

施設名

看護管理責任者名

受講申込者氏名	職位 相当するものに☑を入 れてください	受講時期	該当する受講時期1ヶ所に ○をしてください
	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	第1期	
		第2期	
		どちらでもよい	
	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	第1期	
		第2期	
		どちらでもよい	
	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	第1期	
		第2期	
		どちらでもよい	
	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	第1期	
		第2期	
		どちらでもよい	
	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ	第1期	
		第2期	
		どちらでもよい	

「受講時期」は、該当する受講時期1ヶ所に○印をつけてください。

募集定員を大幅に超える場合は、1施設合計3名程度とさせていただきます。

また、受講者人数は、各施設の看護協会会員数を参考にいたします。