

(様式A-2)

(複写可)

*受付番号

*欄は広島県看護協会
で記入します。

令和3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3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	備考
	<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2期	
	<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2期	
	<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2期	
	<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2期	
	<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2期	

募集定員を大幅に超える場合は、協会において基準に基づき選考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。