（様式１）2024

昭和大学認定看護管理者教育課程申込書

年　　月　　日 現在

教育課程 ※該当するレベルに ✔をしてください	□ファーストレベル　　□セカンドレベル　　□サードレベル		
ふりがな 氏　　名		年齢	歳
現住所	〒 電話番号：自宅　　携帯		
E-mail			
所属施設名			
所属施設住所	〒 電話番号　　内線　　部署		
実務年数（通算）	年目　　（師長相当以上の看護管理経験　　年）		
応募動機 ※該当するものに ✔をしてください	□自らの能力開発　□上司のすすめ　□将来の起業を考える □その他（　　）		

具体的な応募動機をお書きください。

セカンドレベル・サードレベルを応募の方は、
受講要件について該当する番号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	□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	□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	□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．提出された個人情報は、本学の個人情報保護に関する規則に則って取扱い、受講者選考、選考結果の通知、受講手続き・受講中のお知らせ等の業務に使用する以外の目的では使用致しません。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。

センター使用欄		
受付日	受付番号	研修番号