２０２５年度認定看護管理者教育課程

（様式１）

ファーストレベル受講申込書

２０２５年　　月　　日

　茨城県立中央病院認定看護管理者教育課程長

秋山　順子　殿

茨城県立中央病院における２０２５年度認定看護管理者教育課程

ファーストレベルの受講を申し込みます。

申込者氏名(ふりがな)：　　　　　　　　　　　　印

所属施設名：

所属部署（診療科）※1：

連絡先電話番号※1：　　　　　　　　　　　 （自宅・施設・個人携帯）

書類送付先住所※2：〒

書類送付先宛名：

※1　所属部署、連絡先電話番号は書類に関する問い合わせ、受講手続きのお知らせ等に利用します。

※2　書類送付先住所は結果等を送付する際に利用しますので、郵便番号から記入してください。

**勤　務　証　明　書**

（様式２）

氏名

住所

 在職期間(看護師免許取得後より起算)

　　（西暦）　　　年　　月　　日から

　　　　　　（西暦）　　　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　　　　　　（在籍年数　　年　　ヶ月）

上記相違ないことを証明します。

（西暦）　　　年　　月　　日

施設名

所在地

施設長名　　　　　　　　　　　　印

(公印を押印すること)

小　論　文

※教育課程記入欄

（様式３－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 課　題 |  |
| 所属施設名 |  | 氏　名 |  |

（本文）MS明朝体10.5フォントを使用し、750文字以内で本用紙1枚にまとめ、最後に文字数を入れてください。

　線の下から書き始めてください。

提出時にコピーをとって保管しておくこと(様式3-1)

※教育課程記入欄

(様式3-2)**審査用**

|  |  |
| --- | --- |
| 課　題 | 私が考える看護管理者の役割とは |

 (様式3-2)審査用

|  |  |
| --- | --- |
| 課　題 |  |

小論文

（本文）MS明朝体10.5フォントを使用し、750文字以内で本用紙1枚にまとめ、最後に文字数を入れてください。

　線の下から書き始めてください。