様式　認4

**2025(令和7)年度　埼玉医科大学認定看護管理者教育課程　聴講申込書**

【受講要件】

(1) 日本の看護師免許を有し、実務経験5年以上の者

(2) 当日、開始から終了まで受講できる者

　 （3）ファーストレベルの聴講は、看護管理に関心のある者

(4) セカンドレベルの聴講は、ファーストレベル修了者

(5) サードレベルの聴講は、セカンドレベル修了者

【希望聴講教科目】

＊聴講可能な講義は時間割で★印のついたもののみです。希望の講義を下記に記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教育課程 | | □　ファーストレベル　　　　□　セカンドレベル　　　　□　サードレベル | | | |
| № | 開講日 | | 教科目 | 講師 | 申込動機 番号を○で囲んでください（複数回答可） |
| １ | 年  月　　日（　　） | |  |  | 1　認定教育に興味があった  2　テーマに興味があった  3　講師に興味があった  4　知識を得るため  5　自分及び組織の問題解決  6　上司の勧め  7　その他（　　　　　　　） |
| ２ | 年  月　　日（　　） | |  |  |
| ３ | 年  月　　日（　　） | |  |  |

太枠内をすべてもれなく記入または○で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  | 施 設 名 |  |
| ＊緊急連絡先をご記入ください。  **電話番号**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※○をつける  優先順位①　　　　－　　　　－　　　　｛自宅・携帯・施設・その他（　　　　　 　）｝  優先順位②　　　　－　　　　－　　　　｛自宅・携帯・施設・その他（　　　　　 　）｝ | | | |

＊ 提出された個人情報については、「学校法人埼玉医科大学個人情報保護方針」に則り取り扱い、本研修の実施運営に関わる

作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用いたしません。