

受験番号 _____

認定看護管理者教育課程入学願書

(西暦) 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

神奈川県立保健福祉大学実践教育センターに入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな 氏名			写真貼付欄 ・上半身脱帽正面向き 縦4cm×横3cm (背景なし) ・最近3か月以内に撮影 ・写真の裏に氏名を記入 してのり付け
	(西暦) 年 月 日生		
現住所	〒 _____		
	TEL ()		
日中の連絡先	TEL ()		年 月撮影
メールアドレス			
出願時の 勤務先	ふりがな 法人名等		
	ふりがな 名称		
	所在地	〒 _____	
		TEL ()	
	職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
職位	該当する職位(1つ)に✓をしてください		
	<input type="checkbox"/> 施設長職 <input type="checkbox"/> 副施設長職 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 副師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> 副主任職 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
出願する教育 課程(レベル)	<input type="checkbox"/> セカンドレベル <input type="checkbox"/> サードレベル		
ホームページへの 掲載	合格発表の際、受験番号を実践教育センターホームページへ掲載することに (どちらかに✓点) <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		

(受講動機・学びたいこと)
