

(様式1-1)

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 |
| | (西暦) 年 月 日生 | | ・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 |
| 現住所 | 〒 _____ | TEL () _____ | ・写真の裏に氏名を記入 してのり付け |
| 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"/> ファーストレベル | | |
| 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。 | | |