

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<br>氏名        |  |   | 写真貼付欄<br>・上半身脱帽正面向き<br>縦4cm×横3cm<br>(背景なし)<br>・最近3か月以内に撮影<br>・写真の裏に氏名を記入<br>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<br>勤務先       | ふりがな<br>法人名等   |   |  |
|                   | ふりがな<br>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<br><input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 副師長職<br><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<br>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<br>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<br>(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)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---