

(様式1)

2023年度認定看護管理者教育課程
ファーストレベル受講申込書

2023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2023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。

2023年 月 日

ふりがな

申込者氏名： _____ 印

所属施設名： _____

所属部署（診療科）： _____

連絡先電話番号： _____

書類送付先住所： 〒 _____

※連絡先の所属部署、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。

※書類送付先住所は結果等を送付する際に利用します。

(様式2)

勤 務 証 明 書

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

(様式 3 - 1)

小 論 文

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。

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。
