＊事務局記入欄

＜様式2＞

|  |
| --- |
| 受付番号 |

**認定看護管理者教育課程(ファースト・セカンド・サードレベル)受講申込書**

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 実務経験年数 |
| ふりがな |
|  | 年 |
| 施設名 | |
|  | |
| 通知送付先住所（　□自宅　・　□施設　） | |
| 〒  ＴＥＬ　　　－　　　－　　　　　ＦＡＸ　　　－　　　－ | |

本研修申込書は、下記＜個人情報の取り扱い＞に同意したものとして、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞当協会の個人情報保護規程などに基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。当協会研修申込及び受講に伴い得た個人情報は、以下の利用目的の範囲内においてのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①当協会の研修を受講する際の本人確認　②当協会の研修に関する連絡・情報提供等　③アンケートその他の方法による当協会事業推進に資する情報収集　④研修受講履歴を会員向けマイページ[キャリナース]で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携（①～④の具体例：受講者選考、選考結果の通知、受講手続きのお知らせ等に利用するため、研修評価に伴う調査、研修案内等での利用）