（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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　月　　日生　　 | 写真貼付欄 |
| ・上半身脱帽正面向き縦４㎝×横３㎝（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 |
| 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 | □　看護師　　　□　保健師　　　□　助産師　　　□　その他（　　　　　　） |
| 職　位 | 該当する職位（１つ）に✔をしてください |
| □　施設長職　　　　□　副施設長職　　□　看護部長職□　副看護部長職　　□　師長職　　　　□　副師長職□　主任職　　　　　□　副主任職　　　□　なし　　□　その他（　　　　　） |
| 出願する教育課程（レベル） | □　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）　□同意します。　　　□　同意しません。 |