様式１

教育機関認定申請書

西暦　　年　　月　　日

一般社団法人日本在宅看護学会

理事長　殿

　施設名

代表者

一般社団法人 日本在宅看護学会　認定「地域の暮らし支援」看護師

Certified Community Life Support Nurse制度規程第5条に基づき、CCLS看護師教育機関の認定について申請いたします。

様式１

記入日：西暦　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CCLS看護師教育機関の認定を受けようとする者 | | | | | |
| １．名称 | フリガナ | | | | |
|  | | | | |
| ２．所在地 | 郵便番号 | － | 都道府県 | |  |
| フリガナ | | | | |
|  | | | | |
| ３．電話 | － 　　－ | | ４．ＦＡＸ | －　　　－ | |
| ５．代表者  の氏名 | フリガナ | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本申請に関する問合せ窓口 | | | | | | | | |
| 氏名 | フリガナ |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 部署名 |  | | | | | | | |
| 電話 |  | | － |  | － |  | （内線番号） |  |
| e-mail |  | | | | | | | |

備考

１　「施設名」および「1．名称」は、研修機関の指定を受けようとする者の名称を記入すること。

２　「代表者」および「５．代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名を記入すること。

３「本申請に関する問合せ窓口」は、本様式１に関する問合せに対して回答できる者を記入すること。

４「本申請に関する問合せ窓口」のメールアドレスについては、携帯電話のメールアドレスは使用しないこと。

５　本様式に定款又は寄附行為及び登記事項証明書、あるいはこれに準ずる書類を添付すること。