2024（令和６）年度

看護師特定行為研修

**申請書類一式**

＜春コース＞



申請書類の作成にあたっての注意事項

＜各様式の注意事項＞

1.受講申込書 　　（様式1）：氏名を自署で記載すること。

2.履歴書 　　（様式2）：該当に記載することがない場合には、「なし」と記載すること。

3.受講申請許可書　　（様式3）：代表者は、病院長又は、施設管理者に記載をお願いすること。

4.推薦書 　　（様式4）：推薦書は看護部長などの看護部の長にお願いすること。

5.課題レポート 　　（様式5）：10.5ポイント　横書き　明朝体　1600文字程度　1枚に記載すること。

6.受講モデルに関する記載 （様式6）：希望する区分にレ点をつけ、以下の質問事項に答えること。

　　　　　　　　　　　　　　 ＊審査料の振り込み領収書のコピーを添付

7.受験票・写真票　　（様式7）：履歴書と同一の写真を使用すること。

＊受験票は、二次審査まで必ず持参すること。

　　　　　　　　　　　　　　　＊受講生の名札を作成するために、1枚写真を同封すること。

＊申請書類に過不足なく記入すること。

＊自署以外は、パソコンで記入してもよい。

＊年号を記載する所は、すべて西暦で記載すること。

＊受験番号欄には、記載しないこと。

＊添付書類として、看護師免許をA4判に縮小コピーして同封すること。

　　　　　　　　　特定行為研修修了者は、修了書をA4判にコピーして同封すること。

＊写真の裏面には必ず氏名を記載すること。（＊名札用に1枚封筒に同封すること）

**（様式１）**

受験番号：

受　講　申　請　書

藤枝市立総合病院院長　様

私は、藤枝市立総合病院にて実施される看護師特定行為研修の受講を希望します。

受講にあたり、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　　　年　　月　　日

（自署）

西暦 　　　年 　月 　　日　　生

現住所　〒

TEL

**（様式２）**

受験番号：

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

正面上半身

(40mm×30mm)

３か月以内に

撮影したもの

＊写真裏面に記名

西暦　　　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　女 |
| 氏　名 |  | 押印不要 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　 月　　　日生　（満　　歳） |
| フリガナ |  | TEL 携帯TEL E-mail |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 施設概要【病床数】　　【看護体制】　 |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住　　所 | 〒 | TEL　所属部署もしくは内線番号（　　）FAX　 |
| 免許取得年月日 | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | 号 |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | 号 |
| 看護師　西暦 年 　 月 　 日 | 号 |
| 認定看護師資格分野名　　　　　　　　 分野 | 認定看護師資格取得年西暦　 　　年　 　 月　　 日 | 認定登録番号号 |
| 専門看護師資格分野名　　　　　 　　 分野 | 専門看護師資格取得年西暦　　 　年　　　月　 　日 | 認定登録番号号 |
| 特定行為研修 | 特定行為研修修了年西暦　　 　年　　　月　 　日 |  |
| 学　歴 |
| 看護学校・看護大学等（卒業年月と教育機関名を下記に記入） |
| 西暦　　 年 　 月修了 |  |
| 大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける） |
| 西暦　　 年 月修了／在学中 |  |
| 認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入） |
| 西暦 年 　月修了 |  |

**（様式３）**

受験番号：

**受　講　申　請　許　可　書**

**（受講同意書）**

**受講者氏名**

上記の者が、藤枝市立総合病院　特定行為研修の受講を申請することを許可します。

また、上記の者が、藤枝市立総合病院　特定行為研修を受講することが決定した場合には、

本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

　　西暦　　　　年　　　月　　　日

施　設　名

代表者職位

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

（代表者は看護組織　部長又は、副部長）

**（様式４）**

受験番号：

**推　薦　書**

**受講者氏名**

**推薦理由**

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

（推薦者は看護部長又は、副部長）

**（様式５）**

受験番号：

＜課題レポート＞　特定行為研修を修了後、どのように活動していくかを述べよ

施設名：　　　　　　　　　　氏名：

|  |
| --- |
| 　 |

　10.5ポイント　横書き　明朝体　1600文字程度　一枚にまとめて記載すること

**（様式６）**

受験番号：

**希望する受講モデルに関する施設情報**

**希望する受講モデルにレを記入する**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 選択される区分 |
| （希望する区分項目を☑すること）＊1必須箇所に☑をいれること | □ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　（＊1必須受講）　* 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
* 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
* 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
* 創傷管理関連
* 動脈血液ガス分析関連
* 感染に係る薬剤投与関連
* 循環動態に係る薬剤投与関連
 |
| （希望する領域パッケージを☑すること） | * 術中麻酔領域パッケージ
* 救急領域パッケージ
* 集中治療領域パッケージ
 |

＊集中治療領域パッケージを選択された方でさらに、追加区分を受講する際には、必須受講区分を受講していただくこと

となります。

審査料納付　振り込み領収証のコピーを添付

私は、上記☑の区分について受講を希望いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

氏名

**（様式７）**

**2024（令和６）年度 藤枝市立総合病院看護師特定行為研修**

**春コース**

|  |  |
| --- | --- |
| **受　験　票** | 受験番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ　　 |
| 氏 名　　 |
| 所属施設 | 写真貼付欄正面上半身(40mm×30mm)３か月以内に撮影したもの＊写真裏面に記名 |
| 施設名所在地（都道府県のみ） |



**2024（令和６）年度 藤枝市立総合病院看護師特定行為研修**

**春コース**

|  |  |
| --- | --- |
| **写　真　票** | 受験番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ　　 |
| 氏 名　　 |
| 所属施設 | 写真貼付欄正面上半身(40mm×30mm)３か月以内に撮影したもの＊写真裏面に記名 |
| 施設名所在地（都道府県のみ） |

**※)履歴書、受験票と写真票は同一の写真とすること。**

**注)受験票と写真票は切り離さないでください。**