

医療法人名古屋澄心会
名古屋ハートセンター

特定行為研修

2019年度 受講申請書類一式

- (1) 受講申請書 (様式1)
- (2) 履歴書 (様式2)
- (3) 受講申請許可書 (受講同意書) (様式3)
- (4) 推薦書 (様式4)
- (5) 受講動機 (様式5)
- (6) 受験票 (様式6)

「申請書類記入見本」を参照すること。
書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

- ◆ 記入見本を参考に過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。
- ◆ 自署以外は、パソコンでの入力可。フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆ 複数枚必要な様式はコピーして使用すること。

2. 記入方法

申請書類	様式	記入方法と注意事項
1) 受講申請書	1	<ul style="list-style-type: none"> ・「希望受講区分」に○印をつける。氏名の記載は自署とする。
2) 履歴書	2-1	<ul style="list-style-type: none"> ・書類作成日を記載する。 ・所属機関は正式名称を記載。 ・病床数は所属病院の許可病床数を記載する。 ・設置主体は下記から選択し番号を記入する。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>①国（厚生労働省、その他） ②国公立大学法人 ③独立行政法人国立病院機構 ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村（地方自治体） ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他の法人 ⑮会社 ⑯個人 ⑰その他（明記）</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。 ・訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。
	2-2	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の免許取得後（准看護師の期間は含めない）から2018年12月末日現在までの職歴を記載する。 ・看護実務研修^{注1}期間を記載し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない。^{注1}看護実務研修とは、看護実務経験を意味する。 ・看護の実務研修期間および特定行為分野の実務研修期間は、通算勤務月数で計算する。計算間違いのないよう注意する。 <p>※勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出す。</p>
3) 受講申請許可書 (受講同意書)	3	<ul style="list-style-type: none"> ・書式に沿ってもれなく記入する。 ・代表者は病院長などの施設管理者とする。
4) 推薦書	4	<ul style="list-style-type: none"> ・受講者を推薦する理由を記載する。 ・推薦者は所属部署の長とする。
5) 受講動機	5	<ol style="list-style-type: none"> 1) 看護師として勤務するなかでの自己の課題について記載する。 2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待について記載する。
6) 受験票	6	<ul style="list-style-type: none"> ・受験者用および名古屋ハートセンター用の受験票に、受験番号以外の項目について記入する。

(様式 1)

受験番号：

受講申請書

医療法人名古屋澄心会
名古屋ハートセンター
院長 大川 育秀様

私は、特定行為研修

循環動態に係る薬剤投与関連

を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

フリガナ

氏名 (自署)

印

西暦 年 月 日 生

現住所 〒

TEL

(様式 2-1)

受験番号：

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

フリガナ		男 女
氏 名		印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ		TEL
現住所	〒	携帯TEL E-mail
フリガナ		施設概要
所属施設名	*正式名称を記入すること	【病床数】 床 【看護体制】
設置主体	() *「申請書類の記入にあたって」2. 記入方法 2)	履歴書の該当番号を記入
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
学 歴		
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 2-2)

受験番号：

実務研修報告書

1. 実務研修内容

1) 特定行為分野における看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	部署	職位	実務研修内容

①合計

2) 特定行為に関連する分野以外での看護実務研修期間

年	月	～	年	月	期間(月数)	所属施設名	職位

②合計

3) 看護実務研修期間の確認

① (36か月以上)	②	①+② (60か月以上)

(様式 3)

受験番号：

受講申請許可書

(受講同意書)

受講者氏名 _____ 印

上記の者が、医療法人名古屋澄心会名古屋ハートセンター 特定行為研修の受講申請することを許可します。

また、上記の者が、医療法人名古屋澄心会名古屋ハートセンター 特定行為研修に受講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

(代表者は病院長などの施設管理者)

(様式 4)

受験番号：

推 薦 書

受講者氏名 _____ 印

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

.....

.....

.....

.....

.....

.....

西暦 年 月 日

施 設 名

推薦者職位

推薦者氏名

印

(推薦者は所属部署の長)

受験番号：

受講動機

1) 看護師として勤務するなかでの自己の課題

2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待

受験者用

2019年度 名古屋ハートセンター 特定行為研修

名古屋ハートセンター用

2019年度 名古屋ハートセンター 特定行為研修

受験票A		受験番号
(第二次審査当日持参)		
フリガナ		
氏名		
受講区分		
所属施設		写真貼付 正面上半身 (40×30mm) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入
施設名		
所在地 (都道府県のみ)		

受験票B		受験番号
フリガナ		
氏名		
受講区分		
所属施設		写真貼付 正面上半身 (40×30mm) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入
施設名		
所在地 (都道府県のみ)		

※履歴書、受験票A、Bは同一の写真を用いること

※この受験票Aは、二次審査当日に必ず携帯すること

**A 4サイズで出力し、切り取らずに
出願書類とともに提出のこと**

**なお、一次審査不通過の場合は
返却いたしません。**