

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し、本様式は変更しないこと。
- ◆ 受験番号の欄は空欄とすること。
- ◆ 受講審査提出書類確認用紙にて必要書類が揃っていることを確認の上、提出すること。

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	<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。
3) 実務研修報告書	3	<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2019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> <ul style="list-style-type: none"> ・資格には、履歴書に記載した資格以外の学会認定資格などを記載する。 ・研修受講歴については、研修期間が5日間以上のものを記載する。 ・学会および社会における活動については、所属学会が研究会等について記載する。
4) 受講申請許可書 (受講同意書)	4	<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。
5) 志願理由書	5	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師特定行為研修を志願した理由と研修修了後の抱負について記載する。 ・文字数は1200字以内で記載する。
6) 既修得科目履修 免除申請書	6	<ul style="list-style-type: none"> ・既に、共通科目の受講が修了している場合には、必要事項を記載の上、修了証を添えて申請する。

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 殿

私は、特定行為研修の共通科目ならびに、以下の区分別科目

- 循環動態に係る薬剤投与関連
- 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- 感染に係る薬剤投与関連
- 血糖コントロール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

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		【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	

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 特定行為研修に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)

別紙様式第5号

受験番号：

看護師特定行為研修志願理由書

年 月 日

氏名

看護師特定行為研修を志願した理由と研修終了後の抱負（1200字以内で記載）

別紙様式第 6 号
受験番号：

既修得科目履修免除申請書

年 月 日

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 殿

申請者氏名 _____ ㊞

私は、以下のとおり研修修了認定指定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

研修修了認定指定機関	修了認定日
	年 月 日

受験番号：

受講審査提出書類確認用紙

提出書類内容	様式	枚数	確認欄
受講申請書	1		<input type="checkbox"/>
履歴書	2		<input type="checkbox"/>
実務研修報告書	3		<input type="checkbox"/>
受講申請許可書	4		<input type="checkbox"/>
看護師特定行為研修志願理由書	5		<input type="checkbox"/>
* 既修得科目履修免除申請書（必要時）	6		<input type="checkbox"/>
* 共通科目修了証（必要時）			<input type="checkbox"/>
看護師免許証の写し（A4版縮小コピー）			<input type="checkbox"/>
受講審査料振込用紙控え			<input type="checkbox"/>
受講審査提出書類確認用紙			<input type="checkbox"/>