（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

（川内市医師会立市民病院　看護師特定行為研修）

令和　　年　　月　　日

川内市医師会立市民病院

病院長

田實　謙一郎　様

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、川内市医師会立市民病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

□「動脈血液ガス分析関連」

□「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」

□「基礎コース」（3年受講）

（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**履　歴　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 写真貼付欄  (縦４㎝×横３㎝)  1．最近６ヶ月以内に　撮影したもの  2．本人単身胸から上  3．裏面に氏名記入 |
| 氏名・性別 | | （　男　・　女　） | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（満　　　　歳） | |
| 自宅住所 | | 〒（　　　　－　　　　） | |
| 電話番号（自宅） | | （　　　　） | | |
| メールアドレス | | ＠ | | |
| 緊急連絡先（携帯） | | （　　　　　） | | |
| 通学時間等 | | 当院までの通学時間　（　　　　　）分  主な通学手段：　バス　・　　タクシー　・自家用車  　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所　　属　　先 | フリガナ |  | | |
| 施設名称 |  | | |
| 所在地 | 〒（　　　―　　　）  TEL：　　　　　 （ ）　　　　　　　　　　FAX：　　　　　 （ ） | | |
| 施設長名 |  | | |
| 出願者の職種 |  | | |
| 出願者の職位 |  | | |
| 免　　許　　等 | （看護師）　　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 | | | |
| （保健所）　　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 | | | |
| （助産師）　　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 | | | |
| （認定看護師資格）昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | |
| （専門看護師資格）昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | |
| 学歴 | 昭和・平成 年　　　月 | |  | |
| 昭和・平成　 　　年　　　月 | |  | |
| 昭和・平成　　 　年　　　月 | |  | |
| 昭和・平成　　 　年　　　月 | |  | |
| 昭和・平成　　 　年　　　月 | |  | |
| ※高等学校以上について記載してください。 | | | |

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　　　　　　　歴 | 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| 昭和・平成・令和　　　年  　　　月～　　　年　　　月 | |  |
| ※施設名、診療科を記載してください。 | | |
| 資格・学位 | |  | |
| 研修受講歴 | |  | |
| 学会及び社会に  おける活動（所属学会） | |  | |

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為研修以外には利用致しません。

（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**志　願　理　由　書**

令和　　　年　　　月　　　日

氏名

○受講志願特定行為領域名：

研修の志願理由および研修終了後の抱負について記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

川内市医師会立市民病院

病院長

施設名

職位

推薦者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

川内市医師会立市民病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：

【推薦理由】　＊現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

|  |
| --- |
|  |

（様式5）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**共通科目　履修免除申請書**

令和　　年　　月　　日

川内市医師会立市民病院

病院長

私は、看護師特定行為研修において、共通科目の受講を修了しているため、

共通科目の履修免除を申請いたします。

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

1. 全日病SQUE　eラーニングの共通科目を修了している場合は、下欄にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 科目 | 受講年度（西暦） | 履修時の受講番号 |
| □ | 臨床病態生理学 |  |  |
| □ | 臨床推論 |  |  |
| □ | フィジカルアセスメント |  |  |
| □ | 臨床薬理学 |  |  |
| □ | 疾病・臨床病態概論 |  |  |
| □ | 医療安全学/特定行為実践 |  |  |

1. 他の指定研修機関の共通科目を修了している場合は、下欄にご記入の上、共通科目の

修了を証明する書類、履修したシラバスを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定研修機関の名称 |  |
| 修了年月日 | （西暦）　　　　　　　　　　年 　　　　 月 　　　 日 |

（様式6）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**共通科目　履修計画申請書**

令和　　年　　月　　日

川内市医師会立市民病院

病院長

私は、看護師特定行為研修において、共通科目の受講を長期計画（3年間）で習得することを目指すため、共通科目の履修計画を下記のように申請いたします。

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

全日病SQUE　eラーニングの共通科目の履修計画を記載する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講済 | 科目 | 受講予定年度（西暦）もしくは受講年度 |
| □ | 臨床病態生理学 |  |
| □ | 臨床推論 |  |
| □ | フィジカルアセスメント |  |
| □ | 臨床薬理学 |  |
| □ | 疾病・臨床病態概論 |  |
| □ | 医療安全学/特定行為実践 |  |

出願提出書類チェックリスト

氏名：

＊以下の通り書類が揃っているか確認の上、本用紙を提出書類と共に送付してください

**□標準コース**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書 類 名 | 本人確認 |
| 様式１ | 受講願書 | □ |
| 様式２ | 履　歴　書 | □ |
| 様式３ | 志願理由書 | □ |
| 様式４ | 推薦書 | □ |
|  | 看護師免許書（写し） | □ |
|  | 振込を確認できる書類の写し | □ |
|  | 受験票返送封筒（切手不要） | □ |

**□基礎コース**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書 類 名 | 本人確認 |
| 様式１ | 受講願書 | □ |
| 様式２ | 履　歴　書 | □ |
| 様式３ | 志願理由書 | □ |
| 様式４ | 推薦書 | □ |
| 様式6 | 共通科目　履修計画申請書 | □ |
|  | 看護師免許書（写し） | □ |
|  | 振込を確認できる書類の写し | □ |
|  | 受験票返送封筒（切手不要） | □ |
|  |  | □ |

出願提出書類チェックリスト

氏名：

＊以下の通り書類が揃っているか確認の上、本用紙を提出書類と共に送付してください

**□（共通教科）免除コース**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書 類 名 | 本人確認 |
| 様式１ | 受講願書 | □ |
| ~~様式２~~ | ~~履　歴　書~~ | □ |
| ~~様式３~~ | ~~志願理由書~~ | □ |
| ~~様式４~~ | ~~推薦書~~ | □ |
| 様式５ | 履修科目免除申請書 | □ |
|  | ~~看護師免許書（写し）~~ | □ |
|  | ~~振込を確認できる書類の写し~~ | □ |
|  | ~~受験票返送封筒（切手不要）~~ | □ |
|  | 認定された科目の履修を証明する書類 | □ |
|  |  | □ |