**（第1号様式）**

受験番号：

受　講　申　請　書

富士市立中央病院

病院長　児島　章　殿

私は、富士市立中央病院にて実施される下記の看護師特定行為研修を受講いたしたく、

ここに関係書類を添えて申請します。

特定行為研修の共通科目ならびに、以下の区分別科目

　　☐　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

　　☐　ろう孔管理関連

　　☐　創傷管理関連

　　☐　創部ドレーン管理関連

　　☐　動脈血液ガス分析管理関連

　　☐　栄養および水分管理に係る薬剤投与関連

　　☐　循環動態に係る薬剤投与関連

西暦　　年　　月　　日

（自署）　　　　　　　　　　　　　印

西暦 　年 　　月 　　日　　生

現住所　　〒

TEL

**（第2号様式）**

受験番号：

**履　歴　書**

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

西暦　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  携帯TEL  E-mail | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 施設概要  【病床数】　　　　床  【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 | |
| 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 | | | |  | | | |

**（第3号様式）**

受験番号：

**実務研修報告書**

**受講者氏名　　　　　　　　　印**

１．看護実務研修期間

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 主な実務研修内容 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |
| 年　　　月～ |  |  |  |  |
| 年　　　月 |

２．資格および研修受講歴等

**（第4号様式）**

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、富士市立中央病院　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、富士市立中央病院　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）

**（第5号様式）**

受験番号：

**推　薦　書**

**受講者氏名　　　　　　　　　印**

**推薦理由**

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

（推薦者は看護部長などの看護部門の長）

**（第6号様式）**

受験番号：

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

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

**（第7号様式）**

受験番号：

**実習施設情報**

現在所属している機関（施設）について、該当する項目に☑してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分別科目 | 2か月で自施設に対象となる事例が5例以上ある | 自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者＊がいる |
| 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 | ☐ | ☐ |
| ろう孔管理関連 | ☐ | ☐ |
| 創傷管理関連 | ☐ | ☐ |
| 創部ドレーン管理関連 | ☐ | ☐ |
| 動脈血液ガス分析関連 | ☐ | ☐ |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関 | ☐ | ☐ |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | ☐ | ☐ |

【自施設実習の要件】

1.所属施設の医療安全体制、緊急時の対応体制を構築していること。

2.臨床実習指導者を確保できること。

　①臨床実習指導者とは以下の者をいう（＊）

　　・臨床研修指導医（指導医講習会の受講歴があること）

＊指導医講習会とは、医師の臨床研修に係る指導医講習会および講習会に相当する研修のこと

　　・7年以上の臨床経験があり、医師・医学生への指導経験を有する医師

　　・実習区分の特定行為研修修了者

　　・専門看護師、認定看護師、大学での教授経験を有する看護師

　　②特定行為研修指導者講習会を受講していることが望ましい。

　③指導者には必ず医師が含まれていること。

3.患者への同意説明体制がとれること

4.実習期間内に該当症例数の確保等の要件を満たす体制が望ましい。

施設情報に関する問い合わせ先（受講生以外）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 担当者名 |  | メールアドレス |
| 連絡先電話番号 |  |

受験者用

**2023年度 富士市立中央病院看護師特定行為研修**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受験票Ａ**  **（面接時持参）** | 受験番号 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 氏名 | | |
| 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**

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

* 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、パソコンで入力してもよい。
* 年号はすべて西暦表記とすること。

2. 記入方法

【様式1】　氏名は自署とする

【様式2】 該当がない場合は、「なし」と記入すること

【様式3】　看護経験の実績を記入する

【様式4】　代表者は病院長などの施設管理者とする

【様式5】　受講者を推薦する理由を記載する。推薦者は看護部長などの部門の長とする

【様式6】　10.5ポイント　横書き、明朝体で1600文字程度・一枚にまとめること

【様式7】　要件を確認し、該当箇所にレをつけること

【様式8】　A4に印刷し、中央にある横点線を切り取り、上部のみ提出すること

**（第8号様式）**

研修機関用

**2023年度 富士市立中央病院看護師特定行為研修**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受験票Ｂ** | 受験番号 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 氏名 | | |
| 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） | |