様式1

　　年　　月　　日

久美愛厚生病院看護師特定行為研修

受講申請書

久美愛厚生病院病院長　殿

申請者氏名

　私は、久美愛厚生病院で開始される看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて申請いたします。

（該当箇所にレ点を入れてください）

□共通科目＋特定行為区分（2区分）

　　・創傷管理関連

　　・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

□共通科目＋特定行為区分（1区分）

・創傷管理関連

 □共通科目＋特定行為区分（1区分）

　　　　　　　　　　　　 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

□特定行為区分（2区分）のみ（共通科目免除対象者限定）

・創傷管理関連

・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

 □特定行為区分（1区分）のみ（共通科目免除対象者限定）

　　　　　　　　　　　　　□創傷管理関連

□栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

　　　　　　　　　　□臨床実習は自施設での実習を希望する

様式2

写真貼付

（4.5㎝×3.5㎝）

1　最近６ヶ月以内に撮影

したもの

２　写真裏面に氏名を記入すること

履　歴　書

年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名ふりがな | 　　年　　月　　日生（満　　歳） |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 自宅：　　　（　　　　）　　　　　　　　　携帯：　　　－　　　　－ |
| メール： |
| 勤　　務先 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ＴＥＬ　　　　（　　　　　） |
| 職　種 |  | 役職名 |  |
| 免許 | 看護師　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　号 |
| 保健師　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　号 |
| 助産師　　昭和・平成　　　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 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| ※高等学校以上について記載してください。 |
| 職　　　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 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| ※施設名、病棟、診療科名等を記入してください。 |

|  |
| --- |
| 所属施設での委員会活動等 |
| 所属施設内の教育歴（ラダー含む） |
| これまでに取得した医療関連の資格 |
| 所属学会 |

注１）緊急の場合等、記載のある電話番号にご連絡することがあります。

様式3

　　年　　月　　日

推　薦　書

久美愛厚生病院病院長　　殿

施設等の名称

施設長・看護部長

久美愛厚生病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

受講申請者氏名

|  |
| --- |
| 推薦理由（研修修了後期待する役割を含む） |

様式4

課題レポート

　**テーマ：研修の志願理由及び研修修了後の抱負について**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |
| --- |
|  |