（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

（山梨県立中央病院看護師特定行為研修）

令和　　年　　月　　日

山梨県立中央病院

病院長　　中込　博　　様

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

私は、山梨県立中央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

□クリティカルケアコース

「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」

「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」

「栄養及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」

「術後疼痛管理関連」

　　　　　　　□クリティカルケアコースの受講を希望する場合で、以下２区分の受講を併せて希望する。

「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」

「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

□感染コース

「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」

（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 | | | |
| （保健師）　　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、特定行為研修に関する選考試験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

○受講志願特定行為コース名：

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

山梨県立中央病院

病院長　　中込　博　様

施設名

職位

推薦者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

山梨県立中央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 |  |

令和　　年　　月　　日

**履修免除申請書**

山梨県立中央病院

病院長　　中込　博　様

申請者氏名

　私は、看護師特定行為研修において、以下の科目の講義を既に受講修了しているため、証明を添えて履修免除を申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履修免除申請既取得科目 | 研修修了認定指定機関 | 最終修了認定日 |
|  |  | 平成　・　令和  　　　 年　　月　　日 |
|  |  | 平成　・　令和  　　　 年　　月　　日 |
|  |  | 平成　・　令和  　　　 年　　月　　日 |
|  |  | 平成　・　令和  　　　 年　　月　　日 |