

公益社団法人大阪府看護協会  
特定行為研修

2024年度 受講申請書類一式

**申請書類記入見本**

- (1) 受講申請書(様式1)
- (2) 履歴書(様式2-1)
- (3) 希望する区分別科目に関する施設情報・受講動機(様式2-2)
- (4) 受講申請許可書(受講同意書) (様式3)
- (5) 推薦書(様式4)
- (6) 入学審査料払込通知(様式5)
- (7) 看護師免許証の写し(A4版縮小コピー)
- (8) 認定看護師認定証又は専門看護師認定証の写し(A4版縮小コピー)
- (9) 【選択コースのみの受講希望者】  
特定行為研修修了証の写し(A4版縮小コピー)
- (10) 審査合否結果送付用封筒  
(長形3号封筒120×235mm、444円分切符貼付、住所・氏名明記、簡易書留と朱書き)
- (11) 出願書類確認用紙(確認欄チェック入り)

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

## 申請書類の記入にあたって

- ◆ 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、パソコンで入力すること。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。
- ◆ 受付番号：は記入しないこと。
- ◆ 複数枚必要な様式はコピーして使用すること。

申請書類	様式	記入方法と注意事項
受講申請書	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名の記載は自署とする。</li> <li>・保有の資格分野を記載し、該当する認定看護師・専門看護師に○をつける。</li> </ul>
履 歴 書	2-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・書類作成日を記載する。</li> <li>・所属機関は正式名称を記載する。</li> <li>・病床数は所属施設の許可病床数を記載する。</li> <li>・設置主体は下記から選択し番号を記載する。</li> </ul> <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"> <li>・特定行為研修を修了しており、区分別科目のみを受講したい場合は、「受講歴の有無」「受講年」「研修機関名」「修了した特定行為区分名」を記載する。</li> <li>・職歴は認定・専門看護師資格取得後の実践活動期間および施設名等（所属施設名、所属部署名、職位）を記載する。欄が不足する場合は追加する。</li> <li>・訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。</li> </ul>
希望する区分別科目に関する施設情報 受講動機	2-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>①受講を希望する区分別科目を選択し、○をつける。</li> <li>②区分別科目について、直近2か月間で自施設に当該区分の特定行為を受ける患者が5例以上いる場合は○をつける。</li> <li>③本研修の自施設実習と修了後の指導体制を確認するため、受講申請時点での指導者確保の可能性について、指導者がいる場合に○をつける。 *指導者とは：臨床経験が7年以上で「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または同等の指導経験のある医師。</li> <li>④自施設で実習が可能な場合は、○をつける</li> </ul> <p>受講動機</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 認定看護師又は専門看護師として活動するなかでの自己の課題について記載する。</li> <li>2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待について記載する。</li> </ol>
受講申請許可書 (受講同意書)	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・書式に沿ってもれなく記入する。</li> <li>・代表者は病院長などの施設管理者とする。</li> </ul>
推薦書	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者を推薦する理由を記載する。</li> <li>・推薦者は看護部門の長とする。</li> </ul>
入学審査料払込通知	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・郵便振込受領書のコピーを貼付する。</li> </ul>

(様式1)

受験番号：

## 受 講 申 請 書

公益社団法人大阪府看護協会 会長 殿

私は、以下の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。

記

◆基本コース（全員受講） 希望するものに○を記入する。

科目名/区分別科目名	受講希望
共通科目	
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連（必須の区分別科目）	

◆選択コース（任意） 希望するものに○を記入する。

	区分別科目	受講希望
1	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	
2	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	○
3	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	
4	ろう孔管理関連	
5	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	
6	創傷管理関連	
7	創部ドレーン管理関連	
8	動脈血液ガス分析関連	○
9	感染に係る薬剤投与関連	
10	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	
11	循環動態に係る薬剤投与関連	
12	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	
13	術後疼痛管理関連	
14	領域別パッケージコース「在宅・慢性期領域」	
15	領域別パッケージコース「救急領域」	
16	領域パッケージコース「外科系基本領域」	

以上

西暦 20XX年 X月 X日

フリガナ

氏名（自署） オオサカ大阪 ハナコ花子  印


西暦 19XX 年 X 月 X 日 生

現住所 〒544-0021 大阪府大阪市〇〇区〇〇4-9-3

TEL (0X) 49X-746X

〇〇〇〇

分野

 認定看護師 ・ 専門看護師

受験番号:

写真貼付  
(4.0cm×3.0cm)  
写真裏面に記名

履 歴 書

西暦20XX年 1月 X日現在

フリガナ	オオサカ ハナコ	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
氏名	大阪 花子  印	JNA会員番号 1   2   3   4   5   6   7   8
生年月日	(西暦) 1971年 ○ 月 ○ 日生 (満 ○ 歳)	

フリガナ	オオサカフオオサカシ○○ク○○	TEL (04X) 49X-746X
現住所	〒〒500-○○ 大阪府大阪市○○区○○4-9-3	携帯TEL090-530X-000X
E-mail	○○hsp. @xx. ne. jp	
フリガナ	イリヨウハウジン オオサカケンシュウビョウイン	施設概要
所属施設名	医療法人 大阪研修病院	【病床数】 333 床 【看護体制】 7:1
設置主体	( ⑫ ) * 「申請書類の記入にあたって」の中の該当番号を記入	
所属施設住所	〒500 - 00 大阪府○○市○○6-1	TEL (12X) 34X-567X 内線番号 ( 89XX )
免許取得年月日	(保健師) 西暦 年 月 日 (助産師) 西暦 年 月 日 (看護師) 西暦 1900 年 ○ 月 ○ 日	号 号 ○○○○ 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) 2010年 ○ 月 ○ 日 研修機関名 (公益社団法人日本看護協会 )	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 研修機関名 (	大阪府看護協会を受講歴のあるものは 研修機関名に「大阪府看護協会」と 必ず記載ください。
特定行為研修 受講歴 * 区分別科目のみの受講希望者 記載欄 ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 )	特定行為研修受講年 (西暦) 2010 年 ○ 月 ○ 日 研修機関名 (公益社団法人日本看護協会 )	修了した特定行為区分 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 創傷管理関連
職 歴 認定・専門看護師資格取得後の実践活動期間および施設名等(所属施設名、所属部署名、職位)を記載		
20XX年 4 月～20XX 年 3 月 ( ○ 年 ○ か月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 所属部署名: 看護部 褥瘡管理室	職位: 主任
20XX年 4 月～20XX年 10 月 ( ○ 年 ○ か月間)	所属施設名: ○○法人○○会○○病院 所属部署名: 看護部 ICU	職位: 師長
年 月～ 年 月 ( 年 か月間)	所属施設名: 所属部署名:	職位:

(様式 2-2)

協会記入欄↓

受験番号：

1. 希望する区分別科目に関する施設情報（希望する区分別科目についてのみ記載する）

該当する区分別科目	①選択する科目に○を記入	②2か月間で自施設に対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入	③自施設実習における指導者*がいる場合、○を記入	④自施設で実習が可能な場合、○を記入
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連				
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	○	○	○	○
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連				
ろう孔管理関連				
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				
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	○	○	○	○
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				
循環動態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				
術後疼痛管理関連				
領域別パッケージコース「在宅・慢性期領域」				
領域別パッケージコース「救急領域」				
領域別パッケージコース「外科系基本領域」				

\*指導者とは：臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師

2. 受講動機：認定看護師又は専門看護師として活動するなかでの自己の課題と受講後の抱負

受講動機：認定看護師又は専門看護師として活動するなかでの自己の課題と受講後の抱負を記載する

受験番号：

## 受講申請許可書

(受講同意書)

受講者氏名 大阪 花子



上記の者が、公益社団法人大阪府看護協会 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、公益社団法人大阪府看護協会 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 20〇〇 年 〇 月 〇 日

施設名 医療法人 大阪研修病院

代表者職位 病院長

代表者氏名 松原 〇男



(代表者は病院長などの施設管理者)

受験番号：

## 推 薦 書

下記の者を、看護師特定行為研修の受講者として推薦します。

受講者氏名 大阪 花子

推薦理由を記載する

西暦 20〇〇年 〇 月 〇 日

施設名 医療法人 大阪研修病院

推薦者 職位 看護部長

推薦者 氏名 桜山 〇〇子



(推薦者は看護部長などの看護部門の長)

(様式 5)

協会記入欄↓

受験番号：

### 入学審査料払込通知

(郵便払込受領証のコピーを貼付)

