

公益社団法人 大阪府看護協会

特定行為研修

2022年度 受講申請書類一式

- | | |
|----------------------------|---------|
| (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) 入学審査料振込通知 | (様式5) |

提出書類に関する記載例

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

(様式 1)

受付番号：

受講申請書

公益社団法人大阪府看護協会 会長 殿

私は、公益社団法人大阪府看護協会 特定行為研修において
以下の区分別科目を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

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

西暦 20XX 年 X月 X日

〇〇〇〇 分野 認定看護師

〇〇〇〇 分野 専門看護師

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 (04X) 49X-746X


(様式 2-1)

受付番号：

履 歴 書

西暦20XX年1月X日現在

写真 貼付
(4.0cm×3.0cm)
写真裏面に記名

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 	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			TEL(04X) 49X-746X 携帯TEL090-530X-000X
現住所	〒500-00 大阪府大阪市〇〇区〇〇4-9-3		
E-mail	〇〇hsp.@xx.ne.jp		
フリガナ	イリョウホウジン 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 大阪府〇〇市〇〇6-1		TEL 内線番号 ()
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19〇〇年 ○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 〇〇〇〇 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 ()		認定登録番号 号
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) ・ 無)	特定行為研修受講年 (西暦) 2016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 創部ドレーン管理関連	
学 歴 大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記載			
(西暦) 20XX年○月修了	〇〇大学〇〇学科 在学中		
職 歴 認定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 (○か月間)	所属施設名： 〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名： 外科病棟 職位：スタッフナース		
20XX年 4月～20XX年3月 (○か月間)	所属施設名： 〇〇法人〇〇会〇〇病院 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 (○か月間)	所属施設名： 〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名： 看護部 ICU 職位：師長		

(様式 2-2)

受付番号：

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	②直近4週間で自施設に対象となる事例が5例以上ある場合○を記入	③区分別科目ごとの自施設実習における指導者*がいる場合○を記入	④自施設に特定行為研修修了者がいる場合修了した区分別科目に○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	○	○	10年	○
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	○	○	10年	○
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	○	○	10年	○
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	○	○	10年	○
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				
在宅・慢性期領域パッケージコース				
救急領域パッケージコース				
外科系基本領域パッケージコース				

*指導者とは：臨床経験が7年以上であり、かつ「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

*「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が不在の場合は臨床での指導経験年数を同枠内にお書きください

2. 受講動機

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と受講後の抱負
--

(様式 3)

受付番号：

受講申請許可書

(受講同意書)

受講者氏名 大阪 花子 印

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 印

(代表者は病院長などの施設管理者)

(様式 4)

受付番号：

推 薦 書

下記の者を、看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

受講生氏名 大阪 花子

西暦 2000 年 0 月 0 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 印

(推薦者は看護部長などの看護部門の長)

(様式 5)

受付番号：

入学審査料払込通知

(郵便払込受領証のコピーを貼付)

