

公益社団法人 大阪府看護協会

特定行為研修

2019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) 受験票 (様式5)

見 本

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、パソコンで入力してもよい。消せるペンは使用しない。
- ◆ 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"> ・「区分別科目」に○印をつける。氏名の記載は自署とする。
履 歴 書	2-1	<ul style="list-style-type: none"> ・書類作成日を記載する。 ・所属機関は正式名称を記載する。 ・病床数は所属施設の許可病床数を記載する。 ・設置主体は下記から選択し番号を記載する。 <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"> ・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。 ・学歴は、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する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。 ・職歴は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）を記載する。欄が不足する場合は追加する。
希望する区分別科目に関する施設情報 受講動機	2-2	<ol style="list-style-type: none"> ①希望する区分別科目を選択し、○をつける。 ②区分別科目について、直近4週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。 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。 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ごとに○をつける 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について記載する。 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。
受講申請許可書 (受講同意書)	3	<ul style="list-style-type: none"> ・書式に沿ってもれなく記入する。 ・代表者は病院長などの施設管理者とする。
推薦書	4	<ul style="list-style-type: none"> ・受講者を推薦する理由を記載する。 ・推薦者は看護部門の長とする。
受験票	5	<ul style="list-style-type: none"> ・空欄に必要項目を記載する。 ・履歴書、受験票A、Bは同一の写真を用いること。 ・受験票Aは、審査当日に必ず携帯すること。

(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	

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) 大阪 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
(4.5cm×4.5cm)

写真裏面に記名

フリガナ	オオサカ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏 名	大阪 花子	印
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 E-mail oosaka@nurse.XX.jp
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	イリョウホウジンウメゾノカイ オオサカケンシュウビョウイン		施設概要 【病床数】 333 床 【看護体制】 7:1
所属施設名	医療法人 大阪研修病院		
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				

*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 医療法人梅園会 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 20〇〇 年 〇 月 〇 日

施設名 医療法人梅園会 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)

受験者用

2019年度 大阪府看護協会 特定行為研修

大阪府看護協会用

2019年度 大阪府看護協会 特定行為研修

受験票A		受験番号
(審査当日持参)		
フリガナ		
氏名		
区分別科目名 (全て記載する)		
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)	

受験票B		受験番号
フリガナ		
氏名		
区分別科目名 (全て記載する)		
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、審査当日に必ず携帯すること

入学審査料払込通知

(郵便払込受領証のコピーを貼付)

--

**A4サイズで出力
出願書類とともに提出
のこと**