（様式１）

看護師特定行為研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

伊那中央病院長　殿

申込者氏名

　私は、伊那中央病院看護師特定行為研修を受講したいので、推薦書を添えて

出願します。

特定行為区分受講希望欄　（呼吸器関連複数希望可能）

希望する特定行為区分名に○をして下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 希望○ | 特定行為区分名 |
|  | 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 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | 栄養及び水分管理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 |
|  | 皮膚損傷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 |
|  | 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 |

（様式2）

推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

伊那中央病院長

推薦者　　　　　　　　　　印

（＊推薦者は、看護部門の責任者）

　伊那中央病院看護師特定行為研修の受講者として

　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

推薦理由（研修終了後、施設で期待する役割なども記入して下さい）

（様式3）

受講者履歴書

太枠内を正確に記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日　　（年　齢） | 年　　月　　日（　　歳） | 顔写真縦4cm×横3cm（6か月以内に撮影したもの） |
| 氏　　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 施設名 |  | 書　類送付先 | 施設 ・ 自宅 |
| 施設所在地 | 〒　　－ |
| TEL：　　　－　　　　－ | FAX：　　　－　　　　－ |
| 勤務部署及び担当科名 |  | 直通電話番号または内線番号 | 直通： |
| 職位 |  | 内線： |
| 自宅住所 | 〒　　　　－（携帯：　　　－　　　－　　　） |
| パソコンメールアドレス：　　　　　　　　　　　　　＠（研修連絡・資料等の送受信ができるメールアドレス） |
| 上記以外のメールアドレス：　　　　　　　　　　　＠（その他に連絡先があれば記載してください） |
| 看護教育学歴 | 学校名　　昭　・　平　　　　年　　　　月卒業 |
| 職歴※現職場も含め、最近のものから3つ記入 | 施設名 | 職種 | 勤務期間 |
|  |  | 年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 年　　月～　　　年　　月 |
| 看護師免許取得※准看護師の経験は含めない　　　　　　　年　　月　　日 取得（免許証番号　　　　　　　　　） | 実務経験年数 | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 合計 |
| 年 | 年 | 年 | 年 |
| 認定・専門看護師等資格の有無：　有（資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無特定看護師研修修了の有無：　有（区分名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |

【個人情報の取扱い】　提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的

として使用し、これ以外の目的では使用致しません。

（小論文書式について）

令和４年度看護師特定行為研修小論文について

テーマ：「**あなたの選択した希望する受講区分の理由と、選択した受講区分でどのように**

**貢献したいのか、また看護師特定行為を修了した看護師はどのように社会へ貢献**

**できるのか、あなたの考えを述べてください**」

Ａ４用紙１枚程度で下記書式に従ってまとめ、その他書類と一緒に提出すること。

小論文の書式

1. 原則として、標準的なフォント（ＭＳ明朝体、ＭＳゴシックなど）を用いた

マイクロソフト社ｗｏｒｄで作成する。文字の大きさは表題１１ポイント、

本文は１０．５ポイントを目安とする。

1. 原稿はＡ４判縦書きで、１行の文字数を４０字、１ページの行数を３６行

（約1，440字）とし適切な行間をあける。

1. 印刷して提出する際は両面印刷とし、表紙は付けず１ページ目の上部に

表題、所属施設、部署、氏名を記載する。