

(様式 1)

※受験番号	
-------	--

## 受講願書

(宇治徳洲会病院看護師特定行為研修)

年 月 日

医療法人徳洲会

宇治徳洲会病院長 様

(申込者)

住所

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

私は、「様式 1-1」の通り特定行為研修の受講を希望しており、ここに関係書類を添えて出願いたします。

(様式 1-1)

【領域別パッケージ科目】

特定行為区分	受講希望科目に○印を記入
救急領域パッケージ	
集中治療領域パッケージ	
在宅・慢性領域パッケージ	
外科基本領域パッケージ	
心臓センターパッケージ	

【区分別科目】 区分別科目はパッケージを選択しない場合、パッケージに追加する場合のみ記入。

特定行為区分	受講希望科目に○印を記入
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	
循環器関連	
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	
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）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	
透析管理関連	
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	
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	
術後疼痛管理関連	
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	

※共通科目は免除要件を満たさない場合は必修となっています。

(様式2)

※受験番号

## 履 歴 書

記入日： 年 月 日

フリガナ		写真貼付欄 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 約 ( ) 分 主な通学手段： 電車 ・ バス ・ バイク ・ 自転車 ・ 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	
	(保健所) 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・令和 年 月	
	※高等学校以上について記載してください。	

職 歴	昭和・平成・令和 ～ 年 月 年 月	
	※施設名、部署（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、特定行為以外には利用致しません。



(様式4)

※受験番号	
-------	--

## 推薦書

年 月 日

医療法人徳洲会

宇治徳洲会病院長

施設名

職位

推薦者（自署） \_\_\_\_\_ 印

医療法人徳洲会宇治徳洲会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	
-------	--

## 履修免除願

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、以下のとおり研修修了認定指定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

### 【共通科目】

履修した教育機関名	修了年月日
	年 月 日

【区分別科目】項目が足りない場合はコピーして2枚目に記入してください

修了科目名、行為名	履修した教育機関名