

(様式1)

※受験番号	
-------	--

受講願書

(医療法人財団日扇会第一病院 看護師特定行為研修センター)

令和 年 月 日

医療法人財団 日扇会第一病院
看護師特定行為研修センター長
八辻 賢 様

(申込者)

住所 〒

氏名 (自署)

私は、医療法人財団日扇会第一病院 看護師特定行為研修センターの特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願致します。

記

- ☐ 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
- ☐ 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

(様式 2)

※受験番号

履 歴 書

記入日： 年 月 日

フリガナ				
氏名・性別		(男・女)		
生年月日		年 月 日生 (歳)		
自宅住所		〒 (-)		
電話番号				
メールアドレス		@		
緊急連絡先				
通学時間等		研修センターまでの通学時間 () 分 主な通学手段：電車・バス・自転車・徒歩・その他 ()		
所 属 先	フリガナ			
	施設名			
	所在地	〒 (-) Tel:		
	施設長名			
	職種			
	職位	有 () ・ 無		
免 許 等	看護師	年 月 日	免許取得	号
	保健師	年 月 日	免許取得	号
	助産師	年 月 日	免許取得	号
学 歴	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	※高等学校以上について記載して下さい。			

職 歴	～	年	月	
	～	年	月	
	～	年	月	
	～	年	月	
	～	年	月	
	～	年	月	
	～	年	月	
	※施設名、診療科を記載して下さい。			
資格・学位 (認定看護師、専門看護師等資格含む)				
主な研修受講歴				
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下さい。

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いたしません。

(様式3)

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由

年 月 日

氏名 _____

(様式4)

※受験番号	
-------	--

推薦書

年 月 日

医療法人財団日扇会第一病院
看護師特定行為研修センター
センター長 八辻 賢 様

施設名

職位

推薦者（自署）

医療法人財団日扇会第一病院 看護師特定行為研修センター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4)

※受験番号

既修得科目履修免除申請書

年 月 日

医療法人財団日扇会第一病院
看護師特定行為研修センター
センター長 八辻 賢 様

私は、下記の通り指定研修機関の看護師特定行為研修において、既に以下科目を受講し終了しているため、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。

記

履修免除申請する既修得科目	指定研修機関名	研修修了（見込み）年月日

申請者氏名（自署）

以上

（注意事項）

1. 本申請は、原則として出願時に行うこと。
2. 現在特定行為研修を受講中の者は、終了見込み証明書を添付して申請を行い、研修修了後速やかに修了証を提出すること。
3. 既修得科目履修免除は原則共通科目のみとする。
4. 欄が不足する場合は、適宜追加すること。