

# 山口県立大学看護研修センター

令和3年度 特定行為研修

## 出願書類一式

募集要項6～8ページの「出願書類記入上の注意」を参照の上、ご記入ください。

(3)(4)は所属長(看護部長等)が記入してください。記載不備の場合は受付けられませんのでご確認の上ご提出ください。

- (1) 特定行為研修志願書【様式1】
- (2) 履歴書【様式2】
- (3) 勤務証明書【様式3】
- (4) 特定行為研修推薦書【様式4】
- (5) 志望理由書【様式5】
- (6) 実習施設情報【様式6】
- (7) 写真2枚(履歴書と同じもの)
- (8) 宛名票(合格通知送付用)
- (9) 看護師免許証の写し(A4判縮小コピー)
- (10) 認定看護師認定証の写し(有効期限内のものに限る)
- (11) 受験票郵送封筒  
(長形3号封筒120×235mmに、414円切手(簡易書留料金含む)を貼付し、本人の郵便番号・住所・氏名を記入したもの)

【様式1】

\*

令和3年度 山口県立大学看護研修センター

## 特定行為研修志願書

山口県立大学長 殿

私は、山口県立大学看護研修センター特別行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

ふりがな
現住所：〒 —
TEL : ( ) —

ふりがな
氏名 (自署)
(西暦 年 月 日生)
認定看護師資格 分野名 ( )

試験料振込金受領書貼付欄  
(コピー可)

【様式 2】

\*

## 履 歴 書

西暦            年            月            日 現在

写真貼付  
(縦 4cm×横 3cm)

裏面に氏名を記入  
すること

ふりがな		男・女
氏名 (自署)		印
生年月日	西暦            年            月            日生 (満            歳)	

ふりがな		TEL
現住所	〒	携帯 TEL
		E-mail
ふりがな		
所属機関名		施設概要 病床数 (            )
所属機関住所	〒	TEL(            )    -
		所属部署もしくは内線番号 (            )
		FAX(            )    -
免許取得年月日	(保健師) 西暦            年            月            日	号
	(助産師) 西暦            年            月            日	号
	(看護師) 西暦            年            月            日	号
認定看護師資格 の分野名 _____分野	認定看護師資格取得年月日 西暦            年            月            日	認定登録番号 号
<b>学歴 (高等学校卒業から記入)</b>		
西暦		
年    月		
年    月		
年    月		

【様式 2】

年 月			
年 月			
年 月			
認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入）			
西暦	年 月	修了	
<b>職歴（施設名・部署名・職位を含む）</b>			
西暦	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
	年 月～	年 月	年 ヶ月
			所属施設名： 職位：
看護の実務経験年数（通算）                      年                      ヶ月			



【様式 4】

\*

## 特 定 行 為 研 修 推 薦 書

西曆 年 月 日

受講者氏名：

上記の者は、特定行為研修を受ける要件を満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

推薦者氏名（自署）：

印

所属機関：

職 位\*：

住 所：〒

T E L：

\*看護部長等の職位の方がご記入ください

【様式5】

\*

## 志 望 理 由 書

西暦 年 月 日

氏 名 :

枠の調整は行わず1枚にまとめ、800字以内とする。

## 実習施設情報

## 1. 実習を行う予定の施設リスト

※本学では研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。

		番号	施設名称
自 施 設 実 習	所属施設	①	
	実習可能な関連施設	②	
		③	
		④	
他施設実習		⑤	実習施設なし

## 2. 特定行為に関する施設情報

区分別科目	実習を行う施設 ※上記リストから 番号を記入する	2 か月間で対象 となる症例が 5 例以上ある場 合、○を記入	指導者*がいる 場合、○を記 入
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			

\*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

# 宛 名 票

(特定行為研修)

<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	
(志願者の住所)							
(志願者の氏名)							
<table border="1"><tr><td>整理番号</td><td></td></tr></table>	整理番号						
整理番号							

合格通知をする際に宛名として利用します。

- (1)合格通知を受け取る際の住所、氏名、郵便番号を記入してください。
- (2)団地、アパート等に居住している者は、棟番号、戸番を入れ、間借りをしている者は、「〇〇様方」と詳しく記入してください。
- (3)出願後住所変更した場合は、すみやかに届け出て下さい。
- (4)整理番号は記入しないでください。

受験番号	*
整理番号	