（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関わる薬剤投与関連 |
|  | 血糖コントロールに関わる薬剤投与関連 |
|  | 皮膚損傷に関わる薬剤投与関連 |
|  | 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：　　　－　　　－　　　） |
| 携帯メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 携帯以外のメールアドレス：　　　　　　　　　　＠※受講決定後の緊急連絡メールに使用時（携帯・携帯以外）…どちらかに〇をつけて下さい |
| 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。

（様式４）

**令和3年度特定行為研修 小論文**

**テーマ：「看護師特定行為研修を修了した看護師はこれからの社会へどのように貢献できると思うか、あなたの考えを述べてください」**

【記入上の注意】

・下記枠内に、①横書き　②MS明朝10.5ポイント③800～1000文字程度で記入してください。

|  |
| --- |
| 施設名：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　 |