**独立行政法人国立病院機構北海道医療センター**

**2024年度 特定行為研修**

**受講申請書類一式**

1. 受講申請書（**様式1**）
2. 受講希望区分**（様式１別紙）**
3. 履歴書（**様式2**）
4. 志願理由書**（様式3）**
5. 推薦書**（様式4）**
6. 受験票・写真票**（様式5）**

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人国立病院機構

北海道医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 看護師特定行為研修を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　　　　 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

**（様式　1　別紙）**

**受　講　希　望　区　分**

氏　名

区分別での受講を希望する場合は、区分№.１は必須科目とし、No.２～６を選択区分とする。

パッケージ研修を希望する場合は、No.７のみ選択とする。

（希望欄に○印を記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分No. | 特定行為区分 | 希望 |
| 1 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 必須 |
| 2 | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |
| 3 | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| 4 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| 5 | 創傷管理関連 |  |
| 6 | 創部ドレーン管理関連 |  |
| ７ | 在宅・慢性期パッケージ |  |

**（様式　2）**

**履　歴　書**

正面上半身

(45×35mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　　　　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  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 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

**履　歴　書**

正面上半身

(45×35mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　2020　年 3 月 10 日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | | | | 男　女 |
| 氏　名 | 山　田　　花　子 | | | | 印  山田 |
| 生年月日 | 西暦　1988　年　5　月　16　日生　（満　31　歳） | | | | |
| フリガナ | 〇〇ドウ○○シ○○チョウ | | | | | | TEL　0123-456-7890  携帯TEL　090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒123-0045  ○○道○○市○○町1丁目1-1 | | | | | |
| フリガナ | ○○ドウリツ　○○ビョウイン | | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○道立　○○病院  ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒123-0065  ○○道○○市○○町2丁目2-2 | | | | | | TEL　0123-194-1110  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　　）  FAX　0123-194-1112 | |
| 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　2010 年　4　月　5　日 | | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載  感染管理認定看護師 | | | | | | 【取得年】  2017年 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | | ○○道立　○○高等学校 | | | | | 西暦 2007 年 3 月 卒業 | |
| 専門学歴 | | ○○道立　○○看護専門学校 | | | | | 西暦 2010 年 3 月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○道立○○病院  （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年）  現在に至る | | | | | 【期間】  2010年4月～ | | | |

**（様式　3）**

**志　願　理　由　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏　名

|  |
| --- |
|  |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

**（様式　4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

北海道医療センター　院長　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

|  |
| --- |
| 推薦理由 |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

**（様式　5）**

