

神戸研修センター用

公益社団法人 日本看護協会
2024年度 特定行為研修 受講申請書類一式

様式1	受講申請書
様式2	履歴書
様式3	推薦書
様式4	実習施設情報
その他	認定看護師認定証（写し）*有効期限のもの

記入見本

※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してください。

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

- 記入見本を参考に過不足なく記入してください。記入不十分の場合は、受理できないため注意してください。
- 自署以外は、パソコンでの入力が可能です。フリクションペン、鉛筆等の消える筆記用具の使用は無効となります。
- 年号はすべて西暦表記にしてください。
- 複数枚必要な様式はコピーして使用してください。

2. 記入方法

申請書類	様式	記入方法と注意事項
1) 受講申請書	1	<ul style="list-style-type: none">・氏名の記入は自署で記入し、押印を忘れないでください。
2) 履歴書	2	<ul style="list-style-type: none">・書類作成日を記入してください。・氏名は戸籍上の姓を記入してください。・所属機関は正式名称を記入してください。・病床数は所属病院の許可病床数を記入してください。・設置主体は下記から選択し、その番号を記入してください。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"><p>①国(厚生労働省、その他) ②国公立大学法人 ③独立行政法人国立病院機構 ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村(地方自治体) ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他 ⑮その他の法人 ⑯会社 ⑰個人</p></div>・学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入してください。・認定看護師教育機関名および修了年月を記入してください。・訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押してください。
3) 推薦書	3	<ul style="list-style-type: none">・受講者を推薦する理由を記載してください。・推薦者は病院長や所長などの施設管理者とします。・推薦者の氏名の後の押印を忘れないでください。・所属施設のない方は、前職などの自分を推薦してくれる機関などに記載を依頼してください。
4) 実習施設情報	4	<ol style="list-style-type: none">1. 実習を行う予定の施設リスト 実習を行う場所(自施設または実習協力が可能な他施設)を記入してください。2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報 受講するすべての科目についての施設情報を記入してください。<ol style="list-style-type: none">① 選択科目の受講を希望する場合は、○をつけてください。② 実習を行う施設の番号を記入してください。実習する施設が確保できない区別科目は、④と記入してください。③ 各特定行為について、直近2か月間で特定行為の対象となる患者が5例以上いる場合は○をつけてください。④ 臨地実習の指導体制を確認するため、受講申請時点での指導者確保の可能性について、指導者がいる場合に○をつけてください。 *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のことを言います。

受講申請書

公益社団法人日本看護協会 会長 様

私は、公益社団法人日本看護協会 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。

記

■必修科目 (全員受講)

科目名/区分別科目名
1. 共通科目
2. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連区分 ①脱水症状に対する輸液による補正 ②持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

■選択コース (任意)

選択番号	区分別科目名	受講 希望
①	感染に係る薬剤投与関連	<input checked="" type="radio"/>
②	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	<input type="radio"/>

※選択コースを希望される方は、希望するもの1つに○を記入してください。

西暦 20××年××月××日

●●●●●● 分野認定看護師

フリガナ

氏名 (自署)

コウベ ハナコ
神戸 花子

印

西暦 19××年 ××月 ××日生

現住所 〒651-00△△

兵庫県神戸市○○区○○1-2-3

TEL 07×-23×-32××

履 歴 書

西暦 20××年 ××月 ××日現在

正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

フリガナ	コウベ ハナコ	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
氏 名	神戸 花子	
生年月日	西暦 19××年××月 ××日生 (満 ××歳)	

フリガナ	ヒョウゴケンコウベシ〇〇ク〇〇			TEL 07×-23×-32××							
現住所	〒651-00△△ 兵庫県神戸市〇〇区〇〇1-2-3			携帯TEL 090-XXXX-0000 E-mail kobekenshu@nuXXX.XX.jp							
日本看護協会会員番号 (8桁) ※会員の場合のみ				1	2	3	4	〇	〇	〇	〇
フリガナ	イリョウホウジンザイダン ナダイリョウセンタービョウイン			施設概要							
所属施設名	医療法人財団 灘医療センター病院 <small>*正式名称を記入すること</small>			【病床数】 333床 【看護体制】 7対1							
設置主体	(⑫) *「申請書類の記入にあたって」2. 記入方法 2) 履歴書の該当番号を記入										
所属施設 住 所	〒65X-007XX 兵庫県神戸市中央区〇〇通3-2-1			TEL 07X-86X-95XX 所属部署もしくは内線番号 (9999) FAX 07X-86X-23XX							
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 19〇〇年 〇月 〇日			〇〇〇〇〇〇号							
認定看護師資格分野名 〇〇〇〇〇〇 分野	認定看護師資格取得年 西暦 20〇〇年 〇〇月 〇〇日			認定登録番号 〇〇〇〇号							
専門看護師資格分野名 _____ 分野	専門看護師資格取得年 西暦 年 月 日			認定登録番号 号							
学 歴											
大学院 (修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける)											
西暦 年 月修了 <input checked="" type="radio"/> 在学中			〇〇大学大学院 博士前期課程〇〇専攻〇〇〇〇分野								
認定看護師教育 (修了月と機関名を下記に記入)											
西暦 20〇〇年 〇月修了			日本看護協会神戸研修センター 認定看護師教育課程〇〇認定分野								

推 薦 書

受講者氏名 神戸 花子

推薦理由を記載する

西暦 20〇〇 年 〇月 〇 日

施設名 医療法人 神戸病院
推薦者職位 病院長
推薦者氏名 兵庫 〇太郎

印

(代表者は病院長や所長などの施設管理者)

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※本会は研修終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、自施設実習を原則としている。

自施設実習		施設名称
所属施設	①	医療財団法人 ●●会 灘医療センター病院
実習協力が可能な他施設	②	医療法人財団 ●●会 脇浜海岸病院
	③	
実習施設が確保できない	④	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

	区分別科目の名称	選択する科目に、○を記入	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
必須	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	○	①	○	○
選択	① 感染に係る薬剤投与関連	○	②	○	○
	② 精神及び神経症状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のこと