

2024年3月8日

公益社団法人日本看護協会  
看護研修学校 総務管理部教務課  
神戸研修センター 総務管理部

# 厚生局申請書類の作成方法



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会



## 【はじめに 厚生局申請手続きについて】

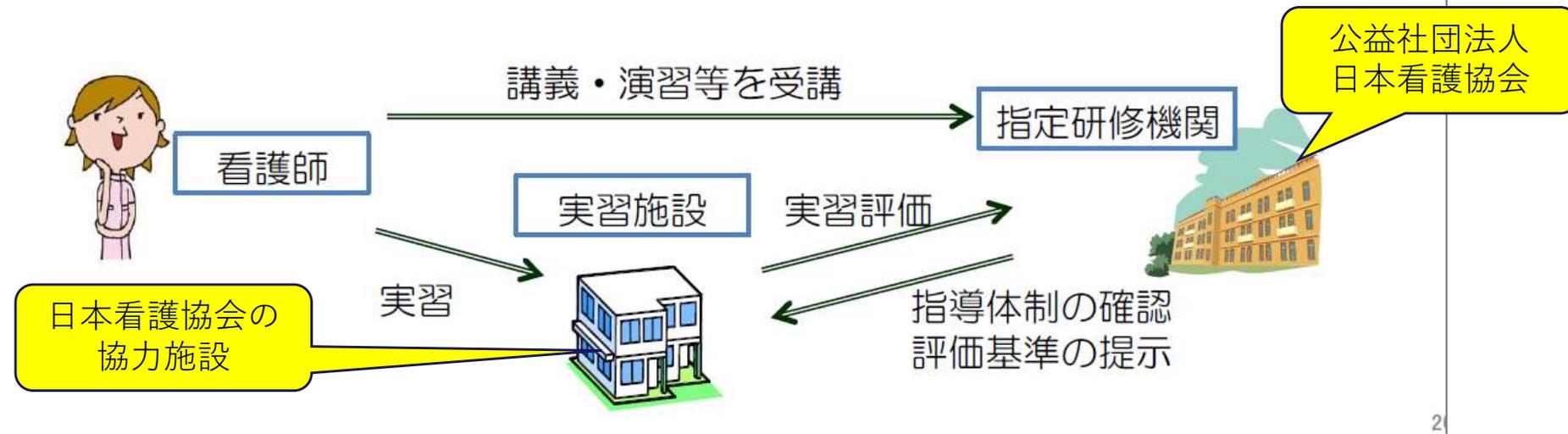
### 用語について

- 「**指定研修機関**」とは、厚生労働省に申請をして承認を受け特定行為研修を実施する機関です
- 「**指定研修機関の協力施設**」とは、受講する指定研修機関において実習を行う施設（ご自身の所属施設も含みます）のことで、厚生局への申請が必要です



## 看護師の特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、**協力施設**と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
  - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
  - ② 実習は、**受講者の所属する医療機関等(協力施設)**で受けられることを可能としている





## 【協力施設の主な要件】

- ☑ 実習指導者（最低1名医師を含む）を確保できること
- ☑ 特定行為研修の実施責任者が配置されていること
- ☑ 緊急時の対応体制があること
- ☑ 実習に係る医療安全管理体制があること
- ☑ 実習に係る患者への同意説明、相談対応体制があること
- ☑ 実習期間中、特定行為1行為につき5症例以上経験できること

これらの要件を満たすことを示す申請書類を厚生局  
に提出し、協力施設となる



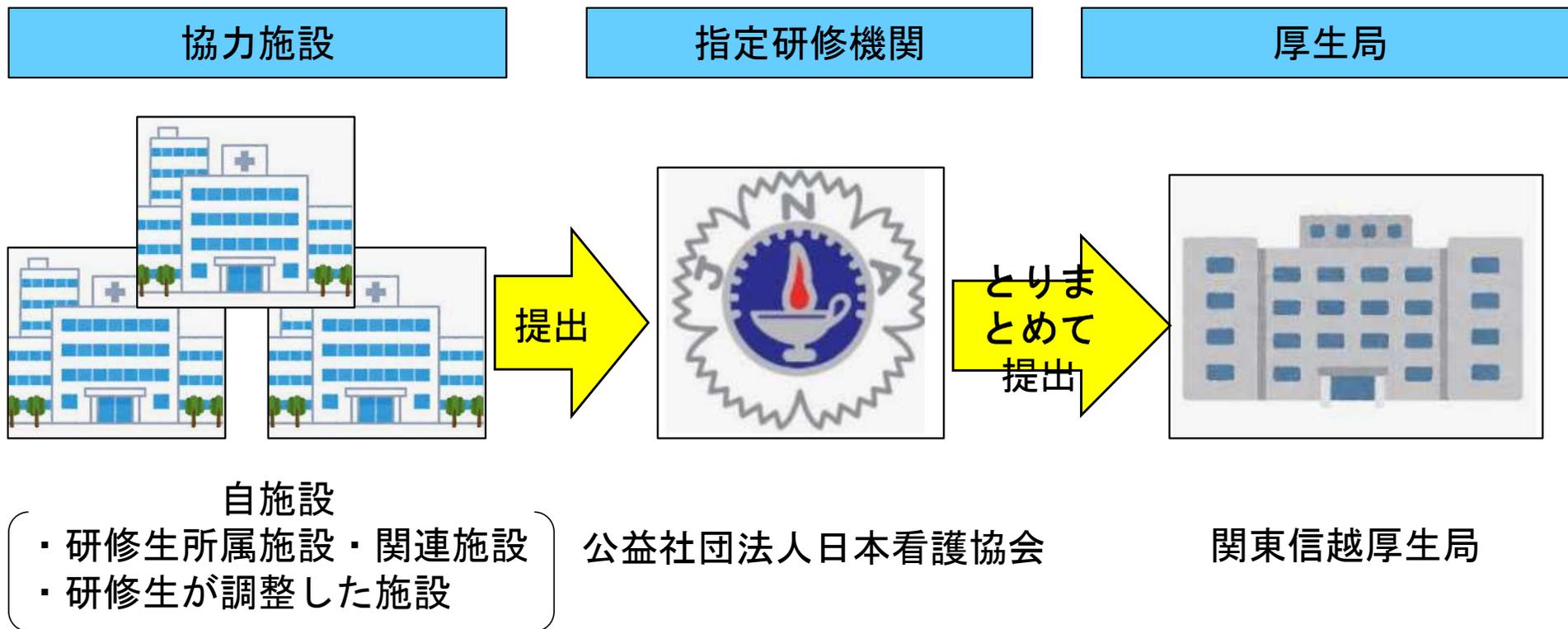
以下いずれかに該当する協力施設は厚生局への申請が必要です。

- ☑ 初めて日本看護協会の協力施設となる
- ☑ 過去に日本看護協会の協力施設として申請を行った施設で  
以下に当てはまるもの
  - ・ 過去に厚生局に申請していない特定行為区分の実習を行う
  - ・ 過去に申請した特定行為区分の定員数を変更する
  - ・ 過去に申請した特定行為区分の指導者を追加する

※既に所属施設を含む他の教育研修機関の協力施設として、登録済  
の場合でも本会の協力施設としての申請が必要となります



# 【申請書類提出の流れ】





# 【申請内容と提出書類】

提出する申請書類 申請の内容	①様式2 ・別紙2-2 ・別紙5 ・添付1～4 (Excelファイル) 	②様式2 ・別紙2-2添付資料 (PowerPointファイル) 	③様式2 ・別紙3協力施設 承諾書 (Wordファイル) 	様式2 ・別紙5 (Excelファイル/ 指導者リスト) 
様式取得先	日本看護協会HP URL: <a href="https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/jna/index.html">https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/jna/index.html</a>			
初めて日本看護協会の 実習協力施設となる	○	○	○	—
過去に厚生局に申請し ていない特定行為区分 の実習を行う	○	—	○	—
過去に申請した特定行 為区分の定員数を変更 する	○	—	—	—
過去に申請した特定行 為区分の指導者を追加 する	—	—	—	○



# 【申請書類様式、記入見本の取得先】

- 日本看護協会ホームページ

<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/jna/index.html>

## 自施設実習のための申請書類一式(厚生局提出用)

本会が行う2023年度実施分の特定行為研修を自施設実習で行うためには、下記申請書類の提出が必要です。

厚生局提出書類のご案内【2023年度特定行為研修】

[看護研修学校 特定行為研修 研修生の方へ\(tokutei info4kiyose\)](#)

[神戸研修センター 特定行為研修 研修生の方へ\(tokutei info4kobe\)](#)

申請書類

①様式2別紙2-2 別紙5添付1-4(1\_yousiki2\_2-2\_5)

②様式2別紙2-2添付資料(2\_tenpu2-2)

③様式2別紙3 協力施設承諾書(3\_syodakusyo)

申請書類【見本】

【見本】①様式2別紙2-2 別紙5添付1-4(sample\_1\_yousiki2\_2-2\_5)

【見本】②様式2別紙2-2添付資料(sample\_2\_tenpu2-2)

【見本】③様式2別紙3 協力施設承諾書(sample\_3\_syodakusyo)

申請書類【見本】を参考に、本会の申請書類様式に入力ください



## 【申請書類作成時の注意点】

- 申請書類提出後、厚生局より、様式の項目にはない情報の提供を追加で依頼されることがあります
- 以降にその内容を記載しますので、該当する場合には追記等ご対応ください



# 入力様式：①様式2別紙2-2別紙5添付1～4（Excelファイル）

シート「【必読】このファイルについて」をご確認の上、  
「作業概要」欄が「入力」となっているシートを入力ください

## 厚生局提出書類作成について

貴施設で特定行為研修の臨地実習を行っていただくために、厚生局に申請する書類のご提出をお願いいたします。

このファイルは、以下の申請書を円滑に作成するためのものです。

- ・ 様式2別紙2-2 講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要
- ・ 様式2別紙5 特定行為研修の指導者の氏名等

※ 初めて申請する場合と、既に本校の協力施設として申請してる場合で入力いただく書類が異なります。  
それぞれの場合で入力する書類は下表のE列、F列をご参照ください。

入力用のシートに必要な事項を入力していただくと、提出様式のシートに反映されます。  
入力完了後、提出様式のシートで内容を確認してください。

もし、入力用シートに正しく入力したにもかかわらず【申請】の各シートにうまく反映されない場合は、そのまま提出してください。

作業概要	シート名	作業内容	入力するシート	
			申請したことがない	申請している
	【必読】このファイルについて	入力前に必ずお読みください。	-	-
入力	【入力】別紙2-2	項目に沿ってご入力下さい。黄色やオレンジのセルは必須項目です。	○	○
入力	【入力】別紙5		○	○
確認	【申請】別紙2-2	厚生局に提出する様式です。以下、問題があれば【入力】シートを確認・修正してください。 ① 申請する区分に関する記載が正しく表示されているか、内容に誤りがないかご確認ください。	-	-
確認	【申請】別紙5		-	-
確認	【申請】実習の特色		厚生局に提出する書類作成に使用します。	-
入力	【添付1】緊急時対応手順	厚生局に提出する書類に添付します。 各シートを参考に「施設用に修正頂くか、記載内容を含む施設独自のもの」を作成してください。 既に本校の協力施設として申請している場合は記入不要です。	○	×
入力	【添付2】相談に応じる体制		○	×
入力	【添付3】患者説明手順		○	×
入力	【添付4】掲示物		○	×



# 【入力】別紙2-2

## 様式2別紙2-2 講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

「【見本】別紙2-2」シートを参考に、申請(様式2別紙2-2)作成のための入力をお願いします。

は入力してください  
 は選択してください

・セルの切り取りはしないでください(値貼り付けは可)。  
 ・シートのコピーまたはシート名称の変更をしないでください。

### 基礎情報

記入日	
提出先	

### 申請する施設について

1	施設の名称および医療機関コード	フリガナ(法人名等)					
		フリガナ(病院名)					
		法人名等					
		病院名					
		医療機関等コード					
2	施設の所在地	郵便番号		-		※半角数字10桁	
		都道府県					
		フリガナ(住所)					
		住所					
3	電話番号		-		-		
			-		-		
4	FAX		-		-		
			-		-		

食施設の代表番号を入力してください。

5	施設の代表者の氏名	フリガナ	(セイ)		(メイ)	
	保健所に届け出ている病院開設者を記入(資料1参照)	姓名	(姓)		(名)	

※別紙3(協力施設承諾書)の「代表者」

### 申請する特定行為について

6	特定行為研修の実施責任者の氏名等	フリガナ	(セイ)		(メイ)	
		姓名	(姓)		(名)	
		職種				
		役職				



# 【申請書類への特定行為区分、行為記載例】

様式2別紙2-2  
令和 年 月 日  
指定研修機関名 ○○法人 ○○病院

**講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要**

1. 施設の名称	フリガナ		
2. 所在地	郵便番号	-	都道府県
	フリガナ		
3. 電話	-	-	4. FAX
5. 施設の代表者の氏名	フリガナ		
6. 特定行為研修の実施責任者の氏名等(協力施設の場合のみ記入)	フリガナ	職種	役職
	協力施設の場合のみ記入する。		

特定行為研修を行う施設のうち、変更が生じた施設又は追加した施設について記入する。

学校に当たっては設置者、病院にあっては開設者、法人にその他にあってはその代表者の氏名を記入する。

7. 当該施設で行う全ての特定行為研修		
共通科目及び区分別科目の名称	研修方法	定員数
臨床病態生理学	講義	5
ろう孔管理関連	講義、実習	5

講義、演習又は実習の別を記入する。

共通科目および区分別科目の名称を記載する。

研修を受ける看護師の定員数を記入する。年度内に同一の特定行為研修を複数回実施する場合は、1回の定員数を記入する。

8. 実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み		
特定行為名	症例数の実績(概数)	症例数の見込み
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	123	50

指定の申請が行われる年度の前年度における当該施設の症例数の実績(概数)を記入する。

前年度の症例数の実績を参考に、実習を行う期間の症例見込み数を記入する。1年間に複数回研修を行う場合は、1回あたりの研修期間の症例数の見込みを記入する。

「特定行為区分」毎に  
実習定員数（実習生の人数）  
を入力

「特定行為」毎に前年度の  
年間症例数実績を入力

「特定行為」毎に実習期間中  
の症例数の見込み件数を入力



# 【厚生局より追加確認が多い項目】

シート：【入力】別紙2-2 90行目～117行目  
「研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み」

- ①年間症例数の実績（概数）
- ②症例数の見込み件数

特定行為名	①	②
	症例数の実績(概数)	症例数の見込み
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調	5	3

①には前年度の実績症例数を記載します  
症例数の見込み×4以上を入力ください

※①の年間症例数をもとに、②の実習期間中の見込み症例数を確保できるか厚生局が確認します

②には、実習中に経験する予定の症例数を記載します  
5症例×実習生人数 を入力してください  
※1行為につき1人5症例必要です



# 【入力】別紙5

## 様式2別紙5 特定行為研修の指導者の氏名等

「【見本】別紙5」シートを参考に、申請(様式2別紙5)作成のための入力をお願いします。

	指導者(1)	指導者(2)	指導者(3)																																				
1 氏名	<table border="1"><thead><tr><th>姓</th><th>名</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	姓	名			<table border="1"><thead><tr><th>姓</th><th>名</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	姓	名			<table border="1"><thead><tr><th>姓</th><th>名</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	姓	名																										
姓	名																																						
姓	名																																						
姓	名																																						
2 選択区分①																																							
選択区分②																																							
選択区分③																																							
選択区分④																																							
選択区分⑤																																							
3 職種																																							
4 所属する団体の名称																																							
5 役職名																																							
6 臨床経験年数	年	年	年																																				
7 教育歴																																							
	<table border="1"><thead><tr><th>教育機関名</th><th>職位</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>①</td><td></td><td></td></tr><tr><td>②</td><td></td><td></td></tr><tr><td>③</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	教育機関名	職位	期間	①			②			③			<table border="1"><thead><tr><th>教育機関名</th><th>職位</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>①</td><td></td><td></td></tr><tr><td>②</td><td></td><td></td></tr><tr><td>③</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	教育機関名	職位	期間	①			②			③			<table border="1"><thead><tr><th>教育機関名</th><th>職位</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>①</td><td></td><td></td></tr><tr><td>②</td><td></td><td></td></tr><tr><td>③</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	教育機関名	職位	期間	①			②			③		
教育機関名	職位	期間																																					
①																																							
②																																							
③																																							
教育機関名	職位	期間																																					
①																																							
②																																							
③																																							
教育機関名	職位	期間																																					
①																																							
②																																							
③																																							
8 指導医講習会等の受講経験																																							
	<table border="1"><thead><tr><th>受講年(西暦)</th><th>正式名称</th><th>主催</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	受講年(西暦)	正式名称	主催				<table border="1"><thead><tr><th>受講年(西暦)</th><th>正式名称</th><th>主催</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	受講年(西暦)	正式名称	主催				<table border="1"><thead><tr><th>受講年(西暦)</th><th>正式名称</th><th>主催</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	受講年(西暦)	正式名称	主催																					
受講年(西暦)	正式名称	主催																																					
受講年(西暦)	正式名称	主催																																					
受講年(西暦)	正式名称	主催																																					



シート：【入力】別紙5 ※入力項目は下記に記載

- ・指導者（医師）の要件（以下①～③いずれかを満たすこと）

①「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している

⇒入力欄：37～40行目「指導医講習会等の受講経験」をすべて入力

②「医師臨床研修指導歴」がある

⇒入力欄：68行目「臨床研修医への指導歴」に年数  
（3年以内は延日数も※）を入力

③「担当分野に関する医学生への指導歴」がある

⇒入力欄：70行目「医学生への指導歴」に年数（3年以内は延日数も※）  
を入力

※ ②、③の指導歴が1～3年の場合、指導にあたった延べ日数を尋ねられます。  
指導医に確認いただき、入力欄には「例：2年（180日）」と入力ください。

※ 指導者は非常勤の医師でも実習指導者となることができる



シート：【入力】別紙5 ※入力項目は下記に記載

- ・指導者（看護師）の要件（以下①～③いずれかを満たすこと）

①特定行為研修を修了した者

⇒入力欄：42～54行目「特定行為研修の修了」を入力

①に該当しない指導者は②、③いずれかに該当するかの確認があります。

②認定看護師または専門看護師であること

⇒入力欄：61～66行目「その他の研修の受講経験・資格」を入力

③大学等における教授経験を有すること

⇒入力欄：30～35行目「教育歴」を入力



## 入力様式：③別紙3協力施設承諾書（Wordファイル）

以下の場合にのみ提出が必要です

- ・ 初めて日本看護協会の実習協力施設となる
- ・ 日本看護協会の協力施設だが、過去に厚生局に申請していない特定行為の実習を行う

様式2別紙3	
令和    年    月    日	
<b>協 力 施 設 承 諾 書</b>	
施設名	
所在地	
代表者	
下記の特定行為研修の実施に連携協力することについて、承諾いたします。	
記	
指定研修機関名    公益社団法人日本看護協会	
研修を行う特定行為区分等の名称	
	共通科目
	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



様式2別紙3

令和 年 月 日

## 協力施設承諾書

施設名

所在地

代表者

下記の特定行為研修の実施に連携協力することについて、承諾いたします。

記

指定研修機関名 公益社団法人日本看護協会

研修を行う特定行為区分等の名称

研修を行う特定行為区分等の名称	
<input type="checkbox"/>	共通科目
<input type="checkbox"/>	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連

### <ポイント>

- ・ 公印押印は不要
- ・ 施設名：実習施設の名称
- ・ 所在地：実習施設の所在地
- ・ 代表者：別紙2-2に記載した「5. 施設の代表者の氏名」と同一人物であること

初めて申請する区分のみに○を付ける

※学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名を記載



# 【その他記載上の注意点】

施設代表者（様式2別紙2-2）、代表者（様式2別紙3）の氏名表記の例

例1 「〇〇大学附属病院」の場合 → 学校法人理事長の氏名

例2 「〇〇市民病院」の場合 → 市長の氏名

例3 「〇〇県済生会病院」の場合 → 〇〇県済生会支部長の氏名

例4 「〇〇赤十字病院」の場合 → 日本赤十字社社長の氏名

例5 「〇〇法人〇〇会 〇〇病院」の場合 → 〇〇法人〇〇会理事長の氏名

保健所に開設届、開設許可を出している病院開設者の氏名の記入が必要です。  
病院管理者（病院長）の氏名ではありません。

注1. 病院開設者と病院管理者が同一人物の場合は、病院開設者として記入をお願いいたします。

注2. 開設者が法人の場合は、法人としての契約の権限を持つ個人となります。

# 【申請書類の提出】



- ・ データファイルを提出

- ・ 件名：「実習施設名（氏名）\_協力施設申請書提出」

- ・ ファイル名：「施設名（氏名）」

※要パスワード設定 パスワードは別メールでお知らせください

- ・ 提出期日：2024年5月31日（金）

※期日内の提出が困難な場合は下記担当までお早めにご相談ください

- ・ 提出者：実習施設ご担当者

- もしくは所属施設実習の場合は受講生ご本人でも可

※提出書類には個人情報が含まれるため、所属施設でない場合は、  
実習施設のご担当者より直接本校へご提出ください

- ・ 提出先（どちらかの受講先へご提出ください）：

- 看護研修学校 総務管理部教務課 [ky-shinsei@nurse.or.jp](mailto:ky-shinsei@nurse.or.jp)

- 神戸研修センター 総務管理部 [kb-shinsei@nurse.or.jp](mailto:kb-shinsei@nurse.or.jp)



## 【厚生局申請後について】

- 厚生局から申請内容に関し、追加確認等の問い合わせがなければ、協力施設として登録され、臨地実習を実施することができます。この際、厚生局より改めて承認された旨の連絡等はありませんのでご承知おきください。
- 厚生局から申請内容の確認や修正は本会を通じて行いますので、問い合わせがあった場合は本会から協力施設へ連絡いたします。
- 協力施設として申請した施設については、臨地実習を行った年から3年間に亘り本会の実習の受入れがない場合、厚生局へ登録を取下げの手続きを行います。

この3年間（厚生局への登録を継続している期間）は、実習の受入れがなくても毎年本会より協力施設に対し届出事項に関する変更の有無を伺い、厚生局へ変更届等を提出する手続きを行います。3年を待たず実習終了後に協力施設の登録取下げを希望される場合は、本会にご連絡いただければ、取下げの手続きをいたします。

また、詳細は、特定行為研修修了時にもご案内いたします。