**国立大学法人　富山大学附属病院　看護師特定行為研修**

**2024年度　出願書類一式**

（1）研修受講申請書（**様式1**）

　　　※履修免除申請をする者は、特定行為研修修了証（写し1枚）と該当する科目の履修内容が分かるシラバス等の書面（写し1部）を別に提出すること。

（2）履歴書（**様式2-1～4**）

（3）研修受講申請許可書（研修同意書）（**様式3**）

（4）推薦書（**様式4**）

（5）受験票（**様式5**）

（6）第一次審査結果送付用封筒

　　　①角形2号封筒（二つ折りにすること）

　　　②470円切手貼付（基本送料120円＋簡易書留350円）、送付先住所・氏名を明記

（7）看護師免許（写し1枚・A4サイズに縮小したもの）

**出願書類の記入にあたって**

**1. 注意事項**

* 過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。ただし、受験番号は記入しなくてよい。
* 自署以外は、できる限りパソコンで入力すること。フリクションペン、鉛筆等の文字が消える筆記具での記入は不可とする。
* 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用すること。
* 特に指定のない場合は、体裁を整えるため記入する文字サイズを調整してもよい。

**2. 記入方法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出願書類 | 様式番号 | 記入内容と注意事項 |
| 1）研修受講申請書 | 1 | ・氏名は自署で記入する。※フリガナを忘れないこと。 |
| 2）履歴書 | 2-1 | ・書類作成年月日を記入する。・所属施設は正式名称を記入する。・病床数は所属病院の許可病床数を記入する。・看護師免許取得に係る学歴は、教育機関名、学科等を正式名称で記入する。 |
| 2-2 | ・研修受講理由（志願理由および研修修了後の抱負について）を記載する。 |
| 2-3 | ・業績（様式2-1で記載した以外の医療系資格の名称、所属学会名、参加学会名、研究発表のテーマ、講師等の指導経験などアピールしたいこと）を記載する。・記入スペースが足りない場合は、同じ形式をつけ足して使用する。※業績内容や該当区分の選択は出願者の判断でよい。※該当しない場合は空欄のまま提出すること。 |
| 2-4 | ・看護師免許取得後の経歴を記入する。・記入スペースが足りない場合は、同じ形式をつけ足して使用する。 |
| 3）研修受講申請許可書（研修受講同意書） | 3 | ・代表者は病院長などの施設管理者とする。 |
| 4）推薦書 | 4 | ・研修受講者を推薦する理由を記載する。・推薦者は病院長または看護部長に相当する者とする。　※富山大学附属病院に所属する者は、看護師長を推薦者とする。 |
| 5）受　 験　　票 | 5 | ・必ずA4サイズで出力し、写真を貼付する。 |

**（様式1）**

受験番号：

**研修受講申請書**

国立大学法人 富山大学附属病院長　殿

私は、国立大学法人 富山大学附属病院 看護師特定行為研修の下記の科目を受講したく、ここに関係書類を添えて出願致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講科目に○をつける | 必修科目 | 履修免除申請する場合は○をつける |
|  | 共通科目 |  |
|  | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講科目に○をつける | 区分別科目（特定行為区分） | 受講科目に○をつける | 区分別科目（特定行為区分） |
|  | 呼吸器（気道確保に係るもの）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 |
|  | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  | 創部ドレーン管理関連 |
|  | 循環動態に係る薬剤投与関連 |  | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | 循環器関連 |  | 感染に係る薬剤投与関連 |
|  | 心嚢ドレーン管理関連 |  | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | 胸腔ドレーン管理関連 |  | 術後疼痛管理関連 |
|  | 腹腔ドレーン管理関連 |  | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |

※履修免除申請は、本院及び他研修機関において既に履修を修了している場合のみ可とする。

※本院で既に特定行為研修を修了し履修免除申請をする者は、特定行為研修修了証（写し1枚）を提出すること。

※他研修機関で既に特定行為研修を修了し履修免除申請をする者は、特定行為研修修了証（写し1枚）と該当する科目の履修内容が分かるシラバス等の書面（写し1部）を提出すること。

西暦　　　　　年　　月　　日

　（自署）　　　　　　　　　　　　　印

 **（様式2-1）**

受験番号：

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

写真貼付

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

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 |  | 施設概要【病床数】　　　　床 |
| 所属施設名 | \*正式名称を記入すること |
| 施設長名 |  | 所属長名 |  |
| 所属施設住　　所 | 〒 | 代表TEL所属部署（　　　　　　　　　　　） |
| 看護師免許取得に係る最終学歴（修了年月と教育機関名・学科等を記入） |
| 西暦　 　　　年　　月修了 |  |
| 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 |
| ※以下は、該当する場合に記入すること |
| 認定看護師資格分野名　　　 　　 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 |
| 専門看護師資格分野名　　　 　　 分野 | 専門看護師資格取得年月日西暦　 　　年　　 月　 　　日 | 認定登録番号号 |
| 認定看護師教育（修了年月と教育機関名・学科等を記入） |
| 西暦　　　　　年　　月修了 |  |
| 大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を記入） |
| 西暦　　　　　年　　月修了 |  |

**（様式2-2）**

受験番号：

**研修受講理由**

※フォント「MS　明朝体　12ポイント」で記載すること。

※枠内に収めること。

|  |
| --- |
| テーマ：看護師特定行為研修の志願理由、および研修修了後の抱負について |
|  |

**（様式2-3）**

受験番号：

**業　績**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様式2-1で記載した以外の医療系資格の名称、所属学会名、参加学会名、研究発表のテーマ、著書、学術論文、講義・講演テーマなど | 取得年月日、入会年月日、発表または発行、講演などの年月日 | 主催団体等の名称、発表学会、出版社、発表雑誌などの名称 | 区分（該当するものに○をつける） |
|  |  |  | 資格・所属学会学会等参加研究・執筆講師・講演その他 |
|  |  |  | 資格・所属学会学会参加研究・執筆講師・講演その他 |
|  |  |  | 資格・所属学会学会参加研究・執筆講師・講演その他 |
|  |  |  | 資格・所属学会学会参加研究・執筆講師・講演その他 |
|  |  |  | 資格・所属学会学会参加研究・執筆講師・講演その他 |

**（様式2-4）**

 受験番号：

**看護師免許取得後の経歴**

所属部署の特徴がわかるように記入すること。

※記載例：北〇階病棟（○○科）、A〇病棟（○○科○○科混合）、ICU（外科系、内科系）　など

|  |
| --- |
| **看護師免許取得後の実務経験**（対象期間：免許取得後から2024年1月まで） |
| 年　　月～ 　 年　　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 年　　月～ 　 年　　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位： |
| 年　　月～ 　 年　　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 　　 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 　　 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 　　 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| 　　 年　　月～ 　 年 　月（　　年　　か月） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職位：  |
| **看護師実務経験歴**（2024年2月～4月までの3か月を加えた見込みの合計期間を記載） |  年 　か月　(**※**2024年4月30日時点) |

**（様式3）**

受験番号：

**研修受講申請許可書**

**（研修受講同意書）**

**受験者氏名　　　　　　　　　　　印**

上記の者が、国立大学法人 富山大学附属病院 看護師特定行為研修の受講申請することを許可します。

また、上記の者が、国立大学法人 富山大学附属病院 看護師特定行為研修の受講が決定した場合には、本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

西暦　　　　　年　　月　　日

施　設　名

代表者職位

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

（代表者は病院長などの施設管理者）

**（様式4）**

受験番号：

**推　薦　書**

**受験者氏名　　　　　　　　　　　印**

※形式自由とする

|  |
| --- |
|  |

西暦　　　　　年　　月　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

受験者用

**2024年度 富山大学附属病院　特定行為研修**

|  |  |
| --- | --- |
| **受験票Ａ****（第二次審査当日持参）** | 受験番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 氏名 |
| 所属施設 | 写真貼付正面上半身(40×30mm)3か月以内に撮影したもの裏面に氏名を記入 |
| 施設名所在地（都道府県のみ） |

**※履歴書、受験票Ａ、Ｂは同一の写真を用いること**

**※この受験票Ａは、二次審査当日に必ず持参すること**

**・Ａ４サイズで出力し、切り取らずに出願書類とともに提出のこと。**

**・一次審査不通過の場合は返却いたしません。**

**（様式5）**

研修機関用

**2024年度 富山大学附属病院　特定行為研修**

|  |  |
| --- | --- |
| **受験票Ｂ****（研修機関使用）** | 受験番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 氏名 |
| 所属施設 | 写真貼付正面上半身(40×30mm)3か月以内に撮影したもの裏面に氏名を記入 |
| 施設名所在地（都道府県のみ） |