記載例

様式１

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

受　講　願　書

令和　〇 年 〇〇月 〇〇日

福島県立医科大学長　様

氏名は自署すること。

ふりがな
出願者氏名（自署）　ふくやま　しまこ
福山　島子

福島県立医科大学の看護師特定行為研修の受講を希望するため、関係書類を添えて出願します。

記載例

様式２－１

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

写真を貼り付けること。

カラー写真貼付
（4.5㎝ × 3.5㎝）
1 最近３ヶ月以内に撮影したもの
3 無帽、上半身正面、無背景
2 写真裏面に氏名を記入

履　　歴　　書

令和 〇 年〇〇月〇〇日現在

ふりがな	ふくやま　しまこ	
氏　名	福山　島子	
生年月日	昭和　・　(平成) 〇 年〇〇月〇〇日生（満〇〇歳）	
性　別	男　・　(女)	
現　住　所	〒 960 － 1295 福島県福島市光が丘11番地　光が丘マンション　〇〇号室 電話番号　024（547）1111 日中連絡の取れる電話番号　090（〇〇〇〇）〇〇〇〇 PCメールアドレス　shimako.f@××.jp	

番地や建物名、部屋番号等は省略しないこと。

電話番号やメールアドレスに誤りがないか、必ず確認すること。

勤務先				
	ふりがな	いりょうほうじん〇〇　△△△△△そうごうびょういん		
	名　称	医療法人〇〇　△△△△△総合病院		
	所在地	〒 960 － 8670 福島県福島市杉妻町9999番地 電話番号　024（〇〇〇）×××× 職　種：看護師　職　位：主任看護技師		

免許						
（看護師）	昭・平・(令)	〇〇年	〇〇月	〇〇日	免許番号	×××××××　号
（保健師）	昭・平・令	年	月	日	免許番号	号
（助産師）	昭・平・令	年	月	日	免許番号	号

学歴		
＊中学校卒業後から記載すること。		
昭・(平)・令〇〇年 4 月入学 昭・(平)・令〇〇年 3 月卒業	福島県立〇〇高等学校普通科	
昭・(平)・令〇〇年 4 月入学 昭・(平)・令〇〇年 3 月卒業	〇〇大学看護学部看護学科	
昭・平・令　年　月入学 昭・平・令　年　月卒業		
昭・平・令　年　月入学 昭・平・令　年　月卒業		
昭・平・令　年　月入学 昭・平・令　年　月卒業		

記載例

氏名（福山　島子　　）

職歴	※施設名に加え、診療科を記載すること。	
	昭・平・令 ○○年 4 月～ 昭・平・令 ○○年 9 月	医療法人○○　××病院　△△科病棟
	昭・平・令 ○○年 10 月～ 昭・平・令 ○○年 7 月	医療法人○○　××病院　□□科病棟
	昭・平・令 ○○年 10 月～ 昭・平・令　年　月	医療法人□□　○○総合病院　××科病棟
	昭・平・令　年　月～ 昭・平・令　年　月	
	昭・平・令　年　月～ 昭・平・令　年　月	
	昭・平・令　年　月～ 昭・平・令　年　月	
	昭・平・令　年　月～ 昭・平・令　年　月	
	看護師免許取得後の実務経験年数	○○　年

所属施設内の教育歴 ＊ラダー等含む	クリニカルラダーレベル4 院内リスクマネージャー
所属施設内の委員会活動等	令和○○年5月から令和○○年12月まで　××委員会

自身が受講・修了したもの等を記載すること。
※自身が講師として指導しているものではない。

これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格（主催機関名、認定機関名、受講（取得）年も記載）

××××研修(日本看護協会　△△△△年△月)
□□□□認定看護師(日本看護協会　□□□□年□月)

看護師特定行為研修の修了歴がある場合、「有」にマルをつけて様式2-2を提出すること。
「無」の場合は、様式2-2の提出は不要。

看護師特定行為研修の修了歴	(有)・無　　※「有」の場合、様式 2-2 を提出すること。

上記のとおり相違ありません。

令和6年 ○ 月 ○ 日

氏　名　福山　島子　(福印)

※上記各欄で不足の場合は、適宜該当欄に「別紙参照」と記載のうえ、別紙を添付してください（様式自由）。

記載例

看護師特定行為研修の修了歴がある場合のみ提出すること。

様式２－２

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

看護師特定行為研修の修了歴

令和　〇年　〇〇月　〇〇日

氏名　*福山　島子*

修了年月日	特定行為区分名・研修機関名
◎ 令和〇年〇月〇日	*呼吸器（気道確保に係るもの）関連*
令和〇年〇月〇日	*在宅・慢性期領域* *・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連* *・ろう孔管理関連（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）* *・創傷管理関連（褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去）* *・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連（脱水症状に対する輸液による補正）*

複数回修了している場合、共通科目すべてを含めて受講したものに、「◎」を記載すること。

領域別パッケージ研修を修了した場合、領域名について記載するとともに、修了した特定行為区分については、特定行為区分名だけでなく、履修した特定行為名を記載すること。

※看護師特定行為研修の修了歴がある場合のみ、提出してください。

※複数回修了している場合、共通科目すべてを含めて受講したものの修了年月日の文頭に「◎」を記載してください。

記載例

様式３

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

受 講 志 願 理 由 書

福島県立医科大学長　様

令和　　〇年　〇〇月　〇〇日

氏名　*福山　島子*

福島県立医科大学看護師特定行為研修について、下記の理由により受講を志願します。

記

【 志願理由 】

・文字数の制限はないが、受講を希望する理由を詳細かつ明瞭に記載すること。
・パソコンで作成する場合、フォントサイズは12ポイントとすること。

※フォントサイズは 12pt で作成してください。

記載例

様式４

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

推 薦 書

福島県立医科大学長 様

令和　〇年　〇〇月　〇〇日

機関名　医療法人〇〇　△△△△△総合病院

職　位　看護部長

推薦者　福島　光子　㊞

推薦書は出願者ではなく、所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）が作成すること。

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

被推薦者

職	氏　名	生年月日
主任看護技師	福山　島子	平成〇年〇〇月〇〇日生 （満〇〇歳）

【 推薦理由 】（受講修了後の進路や所属先において期待する役割などを記入）

・文字数の制限はないが、推薦理由を詳細かつ明瞭に記載すること。
・パソコンで作成する場合、フォントサイズは12ポイントとすること。

※フォントサイズは 12pt で作成してください。

記載例

２ページ目も提出すること。

様式５

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

受講希望区分別科目申請書

福島県立医科大学長　様

（出願者が記名捺印）

令和〇　年〇〇月〇〇日

出願者本人が記名捺印すること。

所属施設名　医療法人〇〇　△△△△△総合病院

氏名　　福山　島子　㊞

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願するにあたり、次の特定行為区分または領域別パッケージの受講を希望します。

また、臨床実習を行う施設についても、あわせて次のとおり希望します。

（施設長または所属長（看護部長等）が記名捺印）

令和〇　年〇〇月〇〇日

施設長（病院長等）もしくは所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）が記名捺印すること。

所属施設名　医療法人〇〇　△△△△△総合病院

職位　　看護部長

氏名　　福島　光子　㊞

本施設に所属する上記の者が、福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願することについて同意します。また、次の情報についても相違ありません。

・受講を希望する特定行為区分または領域別パッケージ

・臨床実習を行う施設の希望（所属施設等での実習を希望する場合は、施設情報を含む）

特定行為区分	受講希望区分 ※該当する区分に「〇」を記入	臨床実習を希望する施設	
		会津医療センター附属病院	所属施設等
1．呼吸器（気道確保に係るもの）関連			
2．呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連			
3．呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連			
4．循環器関連			

記載例

出願者氏名（　福山　島子　）

特定行為区分	受講希望区分 ※該当する区分に「○」を記入	臨床実習を希望する施設	
		会津医療センター附属病院	所属施設等
5．胸腔ドレーン管理関連			
6．腹腔ドレーン管理関連			
7．ろう孔管理関連			
8．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	○		○
9．栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連			
10．創傷管理関連			
11．創部ドレーン管理関連			
12．動脈血液ガス分析関連			
13．透析管理関連			
14．栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
15．感染に係る薬剤投与関連			
16．血糖コントロールに係る薬剤投与関連			
17．術後疼痛管理関連			
18．循環動態に係る薬剤投与関連			
19．精神及び神経症状に係る薬剤投与関連			
20．皮膚損傷に係る薬剤投与関連			

受講を希望する特定行為区分もしくは領域別パッケージに「○」を記入すること。　※複数選択可

希望した特定行為区分（領域別パッケージ）のうち、所属施設等もしくは会津医療センター附属病院での臨床実習を希望する場合、「○」を記入すること。

「所属施設等」については募集要項を確認すること。また、実習を行う要件を満たさなければ希望しても実習は行えない。

一部の特定行為区分や領域別パッケージは所属施設等で実習を行える場合のみ受講可能としている。募集要項で確認すること。

所属施設等及び会津医療センターのいずれにも希望がない場合、医大が指定する施設（医大附属病院、会津医療センター附属病院、協力施設）で実習を行う。

領域別パッケージ	「○」	ター	設等
21．術中麻酔管理領域			
22．在宅・慢性期領域	○		

記載例

出願書類提出前に本チェックリストを使用して、
書類漏れや不備がないか確認すること。

様式６

（福島県立医科大学記入欄）

*受付番号	

看護師特定行為研修　提出書類チェックリスト

令和　〇　年〇〇月〇〇日

所属施設名　医療法人〇〇　△△△△△総合病院

氏名　　福山　島子

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願するにあたり、出願書類全てが揃っているとともに、下記の事項全てについて問題がないことを確認しました。

記

各書類の作成にあたり、募集要項及び記載例を熟読しその内容を理解した。　☑

複数ページにわたる書類は、片面印刷のうえゼムクリップで留めている。　☑

様式番号	書類名	確認事項	確認
全員提出			
1	受講願書	氏名はふりがなを含め自署している。	✓
2-1	履歴書	写真は3ヶ月以内に撮影した、縦4.5cm×横3.5cmの大きさのものである。	✓
		全ての項目に記入している。	✓
		現住所には番地や建物名、部屋番号等を省略せずに記入している。	✓
		電話番号、メールアドレスに誤りがない。	✓
		2枚目の右上に氏名を記入している。	✓
3	受講志願理由書	パソコンで作成した場合、フォントサイズは12ptとしている。	✓
4	推薦書	所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）が作成している。	✓
		推薦者の氏名は記名捺印もしくは署名捺印されている。	✓
		パソコンで作成した場合、フォントサイズは12ptとしている。	✓
5	受講希望区分別科目申請書	申請者、施設長または所属長（看護部長等）がそれぞれ記名捺印している。	✓
		受講を希望する区分（領域別パッケージ）に「〇」を記入している。	✓
		会津医療センターもしくは所属施設等での実習を希望する場合、該当するものに「〇」を記入している。 （いずれも希望がない場合、「〇」の記入は不要）	✓
		2枚目の右上に氏名を記入している。	✓
	看護師免許（写）	A4用紙に縮小コピーしている。	✓

記載例

6	提出書類チェックリスト（本様式）	各項目すべてのチェック欄に、チェックが記入されている。　※チェック不要箇所を除く。	✓
【自施設等での臨床研修を希望する場合のみ提出】　※非該当者はチェック不要			
7-1	実習協力に関する同意書	出願者から自施設等に対し、看護師特定行為研修や実習について説明し、実習について了解を得ている。	✓
		様式１で自施設等での実習を希望した区分（領域別パッケージ）が複数ある場合、各区分の同意書が揃っている。	✓
		自施設等の代表者が作成し、記名捺印している。	✓
		施設情報の各チェック欄に、チェックが記入されている。	✓
7-2	症例数に関する申告書	自施設等の代表者が作成し、記名捺印している。	✓
		様式7-1に記載した区分（領域別パッケージ）について、「〇」もしく「×」が記入されている。	✓
【特定行為研修を修了したことがある場合のみ提出】　※非該当者はチェック不要			
2-2	看護師特定行為研修の修了歴	修了年月日、修了した特定行為区分名、研修機関名は特定行為研修修了証に記載の内容と相違ない。	✓
		共通科目を含めて受講した修了年月日の文頭に「◎」を記入している。 ※再受講等により、共通科目のすべてあるいは一部免除されたものには記入しないこと。	✓
	特定行為研修修了証（写）	研修機関が発行したものである。	✓
		研修機関名、修了年月日、修了した特定行為区分名、修了者名の記載がある。	✓
		元の書類がA4サイズより大きい場合、A4用紙に縮小コピーしている。	✓
【共通科目の履修免除を希望する場合のみ提出】　※非該当者はチェック不要			
8	共通科目履修免除申請書	各チェック欄のいずれかに、チェックが記入されている。	✓

該当する場合のみ記入すること。

記載例

自施設等での臨床実習を希望する場合、提出すること。
複数施設での臨床実習を希望する場合、施設ごとに作成すること。

様式 7-1

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

実習協力に関する同意書

福島県立医科大学長　様

令和　〇 年 〇〇月〇〇 日

住所　*福島県福島市杉妻町9999番地*

施設名　*医療法人〇〇　△△△△△総合病院*

職名　*病院長*

代表者名　*医大　太郎*　㊞

出願者が記載のうえ、施設代表者に他の箇所を記載してもらうこと。

定行為研修の受講を希望する下記の者について、受講が認め
で行うことについて同意します。

記

実習希望者の所属施設名	*医療法人〇〇　△△△△△総合病院*
実習希望者の氏名	*福山　島子*
実習を希望する特定行為区分・領域別パッケージ	*・ろう孔管理関連* *・感染に係る薬剤投与関連*

当該施設での臨床実習を希望する特定行為区分（領域別パッケージ）を記載すること。複数の特定行為区分の実習を希望する場合、複数記載すること。

【施設情報】

確認事項	チェック欄
1．各特定行為について、概ね４ヶ月で５症例以上の実習が確保できる。	※様式 7-2 に記載
2．各特定行為について、要件を満たした指導者となれる者が、医師１名以上を含めている。	〇
3．医療安全体制が確保されている。	〇
4．実習生の活動を補助する看護師の配置等、実習のサポート体制が整えられる。	〇
5．協力施設として、必要な諸手続きを行える事務体制が整えられる。	〇

※２の指導者の要件については募集要項を参照すること。

記載例

様式7-1とあわせて提出すること。
出願者が臨床実習を希望する施設の代表者が作成すること。

様式7-2

（福島県立医科大学記入欄）

*受付番号	

症例数に関する申告書

福島県立医科大学長　様

令和〇　年〇〇月〇〇日
施設名　医療法人〇〇　△△△△△総合病院
職名　病院長
代表者名　医大　太郎　㊞

出願者の氏名を記載。

様式7-1に記載した　福山　島子　が実習を希望する特定行為区分（領域別パッケージ）について、過去の実績等から実習時に4ヶ月で5症例以上見込まれる特定行為は下記のとおりです。

記

特定行為区分・特定行為		4ヶ月で5症例以上
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	
	人工呼吸器からの離脱	
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	
循環	一時的ペースメーカの操作及び管理	
	一時的ペースメーカリードの抜去	
	の頻度	
胸腔		
腹腔ドレーン管理	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）	
ろう孔管理関連	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	〇
	膀胱ろうカテーテルの交換	×
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	中心静脈カテーテルの抜去	
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連		
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	
	創傷に対する陰圧閉鎖療法	
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去	
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	
	橈骨動脈ラインの確保	
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	

様式7-1の「実習を希望する特定行為区分・領域別パッケージ」に記載された特定行為区分、領域別パッケージの特定行為について記載すること。

過去の実績から、4ヶ月で5症例以上の実習が見込まれる場合は「〇」を、そうでない場合は「×」を記載すること。

記載例

施設名（△△△△△総合病院）

特定行為区分・特定行為		4ヶ月で5症例以上
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	
	脱水症状に対する輸液による補正	
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	○
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整	
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与	
	抗精神病薬の臨時の投与	
	抗不安薬の臨時の投与	
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	

領域別パッケージ	特定行為区分名・特定行為		4ヶ月で5症例以上
術中麻酔管理領域	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	
		人工呼吸器からの離脱	
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	
		橈骨動脈ラインの確保	
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	
	術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	
	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	
在宅・慢性期領域	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	
	ろう孔管理関連	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	
	創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	

注）様式7-1「実習協力に関する同意書」の「実習を希望する特定行為区分・領域別パッケージ」に記載した特定行為区分（領域別パッケージ）の特定行為についてのみ、「4ヶ月で5症例以上」に○もしくは×を記載してください。

記載例

看護師特定行為研修の修了歴があり、共通科目の全てあるいは
一部の履修免除を希望する場合、提出すること。

様式８

（福島県立医科大学記入欄）

＊受付番号	

共通科目履修免除申請書

令和　〇 年〇〇月〇〇 日

福島県立医科大学長　様

氏名は自署すること。

ふ　り　が　な
出願者氏名（自署）　ふくやま　しまこ
福山　島子

私は、看護師特定行為研修において、共通科目の受講を修了しているため、共通科目の履修免除を申請いたします。

記

１．福島県立医科大学特定行為研修の共通科目を修了している場合

□共通科目（e-learning 及び集合研修）の全ての履修免除を希望する。
※全て免除できるのは修了（共通科目の受講を含む研修に関するものに限る。）から５年未満である場合に限ります。

☑共通科目のうち、e-learning の履修免除を希望する。

２．他の指定研修機関における特定行為研修の共通科目を修了している場合

□共通科目のうち、e-learning の履修免除を希望する。

希望するいずれかに
チェックを入れること。