

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

ふくしま はなこ

出願者氏名（自署） 福島 花子

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。

写真を貼り付けること

*受付番号

履 歴 書

令和〇年〇〇月〇〇日現在

カラー写真貼付
(4.5 cm × 3.5 cm)

- 1 最近3ヶ月以内に撮影したもの
- 2 無帽、上半身正面、無背景
- 3 写真裏面に氏名を記入

ふりがな	ふくしま はなこ
氏 名	福島 花子
生年月日	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日生 (満〇〇歳)
性 別	男・女

番地や建物名、部屋番号等は省略しないこと。

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 1号室

電話番号 024 (547) 1111

日中連絡の取れる電話番号 090 (1234) 5678

PCメールアドレス @XX.jp

勤
務
先

ふりがな

いりょうほうじん〇〇△

名 称

医療法人〇〇△

所 在 地

〒960-1234
福島県福島市杉妻

電話番号 024 (〇〇〇)〇〇〇〇

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 〇〇〇〇〇〇〇 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

*中学校卒業後から記載すること。

学
歴

昭・平・令 〇年 〇月入学

昭・平・令 〇年 〇月卒業

福島県立〇〇高等学校普通科

昭・平・令 〇年 〇月入学

昭・平・令 〇年 〇月卒業

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

氏名（ ）

職 歴	※施設名に加え、診療科を記載すること。		
	昭 ^平 ・令 ○年 ○月～	医療法人○○ △△病院 □□科病棟	
	昭 ^平 ・令 ○年 ○月		
	昭 ^平 ・令 ○年 ○月～	医療法人○○ △△クリニック	
	昭・平・令 ○年 ○月		
	昭・平・令 ○年 ○月～	医療法人○○ △△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		
看護師免許取得後の実務経験年数		○○年	出産や育児等により休職した期間は含めない。
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 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。		
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		
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○をつけて、様式6を提出すること。 「無」の場合は、様式6の提出は不要です。			
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。 ○○○年○○月○○日 自署すること。			
氏 名（自署） 福島 花子			

※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）。

*受付番号

受講志願理由書

福島県立医科大学長 様

令和 ○年 ○○月 ○○日

氏名 福島 花子

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。

*受付番号

推薦書

福島県立医科大学長 様

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。

令和 ○年 ○○月 ○○日

機 関 名 医療法人○○ △△病院

職 位 看護部長

推 薦 者 会津 太郎

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	福島 花子	平成○○年○○月○○日生 (満○○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。

*受付番号

受講希望区分・臨床実習施設申請書

福島県立医科大学長 様

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。

令和	年	月	日
所属施設名			
管理者	職位	氏名	
出願者 氏名			

1 受講希望の特定行為及び臨床実習を行う施設

(1) 受講を希望する区分に○を付け、(2)行為毎に①～③のいずれかに○を付けること。

①自施設	所属施設で臨床実習を行う。
②自施設以外（調整済）	同一法人の施設などと臨床実習を行うための連絡・調整が済んでいる、または調整中。
③自施設以外（未定）	臨床実習を行う施設は未定。

特定行為区分	特定行為	(1)受講希望区分	(2)臨床実習を行う施設		
			①自施設	②自施設以外（調整済）	③自施設以外（未定）
1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	呼吸器管理				
2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	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				
3. 呼吸器（長期呼吸器管理）関連					
4. 循環器関連					
5. 胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更				
	胸腔ドレーンの抜去				
6. 腹腔ドレーン管理関連	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。）				
7. ろう孔管理関連	胃ろうカテーテルもしくは腸ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換				
	膀胱ろうカテーテルの交換				

(1) 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

(2) (1) で「○」を付けた特定行為区分（領域別パッケージ）について、臨床実習を行う施設を、行為ごとに、①～③のいずれにか「○」を記入すること。

なお、臨床実習を行う施設についての詳細は、面接時に確認する。
そのため、記載は応募時点の情報で構わないが、同一法人の施設
などで実習を行う場合は、面接時には連絡・調整が済んでいること
が望ましい。

記名を忘れないこと。

出願者氏名

特定行為区分	特定行為	(1)受講 希望区分	(2)臨床実習を行う施設		
			①自施設	②自施設以外 (調整済)	③自施設以外 (未定)
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	中心静脈カテーテルの抜去				
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	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入				
10. 創傷管理関連	褥瘡また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				
11. 創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去				
12. 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				
13. 透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器または血液透析濾過器の操作及び管理				
14. 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				
15. 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的投与				
16. 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				
17. 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				
18. 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、カリウムまた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また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				
19. 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的投与				
	抗精神病薬の臨時的投与				
	抗不安薬の臨時的投与				
20. 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				

記名を忘れないこと。

出願者氏名

領域名	特定行為区分	特定行為	(1)受講希望 区分	(2)臨床実習を行う施設		
				①自施設	②自施設以外 (調整済)	③自施設以外 (未定)
21. 周術期麻酔管理 領域	1. 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				
	2. 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				
		12. 動脈血液ガス分析関連		直接動脈穿刺法による採血		
		桡骨動脈ラインの確保				
	14. 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				
	17. 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				
22. 在宅・慢性期領 域	3. 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				
	7. ろう孔管理関連	胃ろうカテーテルもしくは腸ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換				
	10. 創傷管理関連	褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去				
	14. 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				
23. 救急領域	1. 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				
	2. 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				
	12. 動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血				

(1)について、施設として医療安全管理体制が確保されていれば「○」を付けてください。

2 所属施設等で実習を行う場合、実習協力施設としての登録が必要です。1で「①自施設」に○を付けた場合には、以下を確認しているか確認し、確認欄に「○」を記入してください。

要件	確認欄 「○」を記入
(1) 医療安全体制が確保されている。	
(2) 医師1名以上を含めた指導者※が確保できる。	
(3) 実習期間に当該特定行為の症例数を概ね5症例程度確保できる。	
(4) 研修生の活動を補助する看護師の配置等、サポート体制が整えられる。	
(5) 必要な諸手続きを行える事務体制が整えられる。	

※指導者の要件については、以下のとおり。

- (1) 医師又は看護師として5年以上の経験を有すること。
(2) 医師又は看護師として5年以上の臨床経験を有し、かつ、医学教育又は医師臨床研修における指導経験を有する者を

(3)の「実習期間」は、概ね3カ月程度を想定。

1の(2)で「①自施設」に「○」を付けた場合は、5つの確認欄すべてに「○」が付いていること。

*受付番号

看護師特定行為研修の修了歴

令和 ○年 ○○月 ○○日

氏名

修了年月日	研修機関名・特定行為区分名
◎令和○年○月○日	○○大学 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 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。
令和○年○月○日	△△病院 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） 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7

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。
(福島県立医科大学記入欄)

共通科目履修免除申請書

令和 ○年 ○○月 ○○日

福島県立医科大学長 様

氏名は自署すること。

ふ り が な ふくしま はなこ

出願者氏名（自署） 福島 花子

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です。

☒ 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。

希望するいずれかの「☐」に
チェックを入れること。