

神戸研修センター用

公益社団法人日本看護協会

特定行為研修

2018年度 秋期入学コース 受講申請書類一式

- (1) 受講申請書 (様式1)
- (2) 履歴書 (様式2)
- (3) 受講申請許可書 (受講同意書) (様式3)
- (4) 推薦書 (様式4)
- (5) 実践活動報告書 (様式5)
- (6) 希望する受講モデルに関する施設情報 (様式6)
- (7) 受験票 (様式7)

見 本

「申請書類 記入見本」を参照すること。
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すること。

申請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こともあるため、注意すること。
- ◆ 自署以外は、パソコンで入力してもよい。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆ 複数枚必要な様式はコピーして使用すること。

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"> ・氏名の記載は自署とする。
2) 履歴書	2	<ul style="list-style-type: none"> ・書類作成日を記載する。 ・所属機関は正式名称を記載。 ・病床数は所属病院の許可病床数を記載する。 ・設置主体は下記から選択し番号を記入する。 <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その他の法人 ⑮会社 ⑯個人 ⑰その他（明記）</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・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する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。 ・訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。
3) 受講申請許可書 (受講同意書)	3	<ul style="list-style-type: none"> ・書式に沿ってもれなく記入する。 ・代表者は病院長などの施設管理者とする。
4) 推薦書	4	<ul style="list-style-type: none"> ・受講者を推薦する理由を記載する。 ・推薦者は看護部長などの看護部門の長とする。
5) 実践活動報告書		
1. 実践活動の施設歴	5-1	<ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師資格取得後から現在までの受講申請者の経歴を記載する。
2. 学会発表および執筆、所属施設外の社会活動等の実績	5-2	<ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師資格取得後から現在までの学会発表および執筆等の実績について記載する。
3. 受講動機	5-3	<ol style="list-style-type: none"> 1) 認定看護師として活動するなかでの自己の課題について記載する。 2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待について記載する。
6) 希望する受講モデルに関する施設情報	6-1	<ol style="list-style-type: none"> 1) 基本モデルで必須となる「栄養および水分管理に関わる薬剤投与関連」について、直近4週間で自施設に当該区分の特定行為を受ける患者が5例以上いる場合は○をつける。 2) 本研修の自施設実習と修了後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○をつける。 *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。
	6-2	<ol style="list-style-type: none"> 1) 所属施設の医師の臨床研修実施体制ではまる番号に○をつける。 2) 施設内の特定行為研修修了者の有無。有の場合は人数と研修機関名を記載する。また、今回の受講予定者の指導や支援が可能な場合は○をつける。

(様式 1)

受験番号：

受講申請書

【 神戸研修センター 】

公益社団法人日本看護協会 会長 殿

私は、公益社団法人日本看護協会 特定行為研修

A. 基本モデル【 神戸研修センター 】

を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 20〇〇 年 〇月 〇日

〇〇〇〇

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 19〇〇 年 〇月 〇〇日 生

現住所 〒651-00XX

兵庫県神戸市中央区海辺通1-2-3

TEL (07X) 49X-746X

(様式 2)

受験番号：

履 歴 書

西暦 20〇〇年 〇月 〇日現在

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	印
生年月日	(西暦)19〇〇年 〇月 〇日生 (満 〇〇歳)	

フリガナ	ヒョウゴケン コウベシ チュウオウク ウミベドオリ	TEL (07X) 49X-746X
現住所	〒651-00XX 兵庫県神戸市中央区海辺通1-2-3	携帯TEL 090 - XXXX-0000 E-mail kobekenshuu@nurse. XX. jp
フリガナ	イリョウホウジン コウベケンシュウセンター ビョウイン	施設概要
所属施設名	医療法人 神戸研修センター 病院	【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	〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1	TEL (07X) 49X-746X 所属病棟もしくは内線番号 (9999) FAX (07X) 49X-721X
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 分野	認定看護師資格取得年 西暦 20〇〇年 〇月 〇日	認定登録番号 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 20〇〇年 3月修了/在学中	〇〇大学大学院 修士課程〇〇専攻〇〇分野	
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学科	

(様式 3)

受験番号：

受講申請許可書

(受講同意書)

受講者氏名 神戸 花子 印

上記の者が、公益社団法人日本看護協会 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、公益社団法人日本看護協会 特定行為研修に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 20〇〇年 〇 月 〇 日

施設名 医療法人神戸研修センター病院
代表者職位 病院長
代表者氏名 松山 〇〇 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

受講者氏名 神戸 花子 印

推薦理由を記載する

西暦 20〇〇年 〇月 〇日

施設名 医療法人神戸研修センター病院
推薦者職位 看護部長
推薦者氏名 山松 〇〇子 印

(推薦者は看護部長などの看護部門の長)

受験番号：

実践活動報告書

1. 実践活動の施設歴 (※認定看護師資格取得後から現在の受講申請者の経歴を記載する)

認定看護師資格取得後の実践活動期間および施設名等 (所属施設名、所属部署名、職位)	
20xx年 4月～20xx年3月 (○か月間)	所属施設名： ○○法人○○会○○病院 所属部署名： 外科病棟 職位： スタッフナース
20xx年 4月～20xx年3月 (○か月間)	所属施設名： ○○法人○○会○○病院 所属部署名： 看護部 褥瘡管理室 職位： 主任
20xx年 4月～20xx年10月 (○か月間)	所属施設名： ○○法人○○会○○病院 所属部署名： 看護部 医療相談室 職位： 師長
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 (か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：
認定看護分野歴合計	○○○か月間 (○年 ○か月間) ※2018年3月31日現在

受験番号：

3. 受講動機

1) 認定看護師として活動するなかでの自己の課題

2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待

受験番号：

希望する受講モデルに関する施設情報

受講モデル (定員数)	該当する区分別科目		① 4週間で 自施設に 対象と なる事 例が5 例以 上ある 場合○ を記入	② 区分別 科目ご との自 施設実 習にお ける* 指導者 がいる 場合○ を記入
A 基本モデル (20)	必修	1. 栄養及び水分管理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。

受験番号：

希望する受講モデルに関する施設情報

1. 所属施設の医師の臨床研修実施体制	
① 基幹型臨床研修病院または協力型臨床研修病院である	
② どちらでもない	
2. 所属施設の特定行為研修を修了した看護師の有無と人数	
① 有	1 名
② 無	
3. 上記2が有の場合、特定行為研修を修了した研修機関名と今回の受講予定者の指導・支援について	
研修機関名	今回の受講予定者への指導・支援 *可能な場合は○をつける
1. 公益社団法人 日本看護協会	○
2.	
3.	
4.	
5.	

受験者用

2018年度 日本看護協会 特定行為研修
神戸研修センター 秋期入学コース

日本看護協会用

2018年度 日本看護協会 特定行為研修
神戸研修センター 秋期入学コース

受験票A		受験番号
(第二次審査当日持参)		
カガナ コウベ ハナコ		
氏名 神戸 花子		
基本モデル		
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 医療法人 神戸研修センター病院		
所在地 (都道府県のみ) 兵庫県		

受験票B		受験番号
カガナ コウベ ハナコ		
氏名 神戸 花子		
基本モデル		
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 医療法人 神戸研修センター病院		
所在地 (都道府県のみ) 兵庫県		

- ※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携帯すること

**A4サイズで出力
出願書類とともに提出のこと**

**なお、一次審査不通過の場合は
返却いたしません。**