記 入 見 本

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。

看護研修学校用

公益社団法人日本看護協会

2027年度 特定行為研修受講申請書類

申請書類チェックリスト

様式1　受講申請書

様式2　履歴書

様式3　推薦書（病院長や所長、看護部長などの施設管理者）

様式4　受講動機

様式5　実習施設情報

受付番号＿＿＿＿＿＿＿

申請書類チェックリスト

氏名　　清瀬　太郎

チェックリストで申請書類の有無を確認のうえ提出してください。

☑	【本用紙】申請書類チェックリスト
☑	【様式1】受講申請書
☑	【様式2】履歴書
☑	【様式3】推薦書　（病院長や所長、看護部長などの施設管理者）
□	【様式4】受講動機　※在宅領域のみ
☑	【様式5】実習施設情報
☑	認定看護師認定証の写し（有効期限内のもの）又は看護師免許の写し

（様式　1／認＆在宅領域）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

受　講　申　請　書

公益社団法人日本看護協会　会長　様

私は、下記の特定行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。申請にあたり「募集要項」9ページに記載の特定商取引法に基づく表記の内容を理解した上で申込みます。

記

■基本コース（全員受講）

1．共通科目	基本コースのみ受講希望
2．栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ①脱水症状に対する輸液による補正 ②持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	※基本コースのみの受講希望者は○をつける。　ただし選択コースが優先

■選択コース　　※ 区分別科目①～③の内、受講希望の科目を選択して○をつける。

選択番号	区分別科目名・領域別パッケージ研修	受講希望	特記事項
①	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	○	※選択コースを選択の場合、基本コースは必修となります。
②	創傷管理関連		
③	動脈血液ガス分析関連		

西暦 2027年　1月○日

氏名（自署）　　清瀬　太郎
現住所　　〒204-0024
東京都清瀬市研修1-2-3　ハイツ看護梅園123
TEL　　(04X) 49X-746X
認定看護師資格　なし・　あり　（分野名 集中ケア　）

（様式　2／認＆在宅領域）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

履　歴　書

西暦　2027年 1月 ○日現在

正面上半身 (40×30㎜) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入	フリガナ	キヨセ　タロウ	(男)・女
	氏　名	清瀬　　太郎	
	生年月日	（西暦）1985 年　5月　12日生　（満　40歳）	

フリガナ	トウキョウト　キヨセシ　ケンシュウ　ハイツカンゴウメゾノ	TEL　(04X) 49X-746X
現住所	〒204-0024 東京都清瀬市研修1-2-3　ハイツ看護梅園123	携帯TEL　090 - XXXX-0000 E-mail kiyose@nurse.XX.jp
日本看護協会会員番号（8桁）※会員の場合のみ	○　○　○　○　○　○　○　○	
フリガナ	イリョウホウジンウメゾノカイ　ニホンカンゴケンシュウビョウイン	施設概要
所属施設名	医療法人梅園会　日本看護研修病院 *正式名称を記入すること	【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	〒204-0024 東京都清瀬市梅園1-2-3	TEL　(04X) 49X-746X 所属部署もしくは内線番号 (　9999　) FAX　(04X) 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 20○○年　○月　○日	○○○○○○　号
認定看護師資格分野名 集中ケア　分野	認定看護師資格取得年 西暦　20○○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 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○○年 3月修了／在学中	清瀬大学大学院 修士課程○○専攻○○分野
認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入）　※認定看護師教育課程修了者のみ記入	
西暦 20○○年 ○月修了	日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程集中ケア学科

（様式　3／認＆在宅領域）　　受付番号＿＿＿＿＿

推　薦　書

受講者氏名　清瀬　太郎

推薦理由を記載する

西暦　　20〇〇 年　〇月　　〇 日

施　設　名　医療法人梅園会日本看護研修病院

推薦者職位　所長
推薦者氏名　松山　園子　　印

（推薦者は病院長や所長、看護部長などの施設管理者）

（様式　4／在宅領域）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

受講動機

1)　自身のこれまでの看護実践活動内容
2)　特定行為研修受講による活動に対する今後の期待

枠の調整は行わず1枚にまとめ、読める文字サイズとする。

（様式　5／認&在宅領域）　　受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

- **本会は研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、指導医[*1]の継続した指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を原則としている。**

[*1] 指導医とは臨床研修指導医、もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験（7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者など）を有する医師。

	該当する番号に○を付ける	施　設　名　称
自施設	①	医療法人梅園会 日本看護研修病院
自己調整施設	②	医療法人梅園会 かんご病院
	3	
	4	
実習施設が確保できない	5	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

	区分別科目またはパッケージ研修の名称		選択する科目に○を記入	実習を行う施設の番号（※上記リストから番号を記入する）	約3か月間で経験できる症例数の見込み[*2] ○、△、×
必須	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	○	①	○
		脱水症状に対する輸液による補正		①	△
選択	① 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	○	②	○
	② 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			
	③ 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			

[*2] 実習期間中（約3か月間）に1行為につき5症例を経験する必要があるため、予定している実習施設での見込みを記号で記入する。複数の実習施設で実習を予定している場合は合算して症例の見込みを記入する。
○：5症例以上ある　△：1～4症例　×：症例は見込めない