**2023年度**

**公益社団法人日本看護協会**

**特定行為研修**

**科目履修申請書類**

1. 科目履修願（**様式　科-1**）
2. 履歴書（**様式　科-2**）
3. 受講申請許可書（受講同意書）（**様式　科-3**）
4. 受講動機　(**様式　科-4**)
5. 希望する受講区分に関する実習施設情報　(**様式　科-5**)
6. 認定看護師認定証の写し（有効期限内のもの）
7. 特定行為研修修了証の写し

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**

* 記入見本を参考に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。
* 自署以外は、パソコンでの入力可。フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可。
* 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** |
| 1. 科目履修願 | 科-1 | ・氏名の記載は自署とする |
| 2） 履歴書 | 科-2 | ・書類作成日を記載する。  ・氏名は戸籍上の姓を記入する。  ・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。  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（明記）  ・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） | 科-3 | ・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）受 講 動 機 | 科-4 | ・受講動機を記載する。 |
| 5）希望する受講区分に関する実習施設情報 | 科-5 | 1. 実習を行う予定の施設リスト 実習を行う場所（自施設または実習協力が可能な施設）を記載する。   ・自施設とは:自分が勤務する施設、または、実習を受け入れてもよいと調整が済んでいる地域の施設のこと。   1. 受講を希望する特定行為に関する施設情報 受講するすべての科目について施設情報を記載する。   （1）選択する科目に○をつける。  （2）実習を行う施設の番号を記載する。  （3）各特定行為について、直近2箇月間で当該特定行為の対象となる患者が5例以上いる場合は○をつける。実習する施設がない特定行為は「5」と記載する。  （4）臨地実習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として、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。 |

**（様式　科-1）**

受付番号：

科目履修願

西暦 　　　　 年　　　月　　日

公益社団法人日本看護協会　会長 様

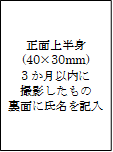
私は、公益社団法人日本看護協会特定行為研修（看護研修学校）の下記区分別科目の科目履修を希望するので、ここに関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修年度 | 西暦　　　　　　年度　　　日本看護協会特定行為研修 | | |
| 氏名  （自署） |  | | |
| 自宅  住所 | 〒 | | |
| 所属  施設名 |  | | |
| 施設  住所 | 〒 | | |
| 認定分野 | 分野 | | |
| 希望履修科目の該当番号を  下記から選択し、右欄に記入 | |  | |
| 【選択は、①から⑩の内、受講希望の科目を選択。または、領域別パッケージ研修⑪、⑫のいずれか一つを選択する。⑪、⑫を選択した場合、区分別科目は選択不可】 | | | |
| 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　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  ⑤ 創傷管理関連  ⑥ 動脈血液ガス分析関連 | | | ⑦ 感染に係る薬剤投与関連  ⑧　血糖コントロールに係る薬剤投与関連  ⑨　循環動態に係る薬剤投与関連  ⑩　精神及び神経症状に係る薬剤投与関連  ⑪　領域別パッケージ研修「救急領域」  ⑫　領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 |

**（様式　科-2）**

受付番号：

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

西暦　　　年 　月 　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 男　・　女 | | |
| 氏　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | TEL  携帯TEL  E-mail | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | |
| 日本看護協会会員番号（8桁）　※会員の場合のみ | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | 施設概要  【病床数】　　　　床  【看護体制】 | | | | | |
| 所属施設名 | \*正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 設置主体 | （　　　）「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 | 〒 | | | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 認定看護師資格分野名  　　　 　　　 分野 | | | 認定看護師資格取得年  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  西暦　　 　年　　　 月　 　　日 | | | | | | 認定登録番号  　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 特定行為研修の受講履歴 　（修了年度と研修を受けた施設名を下記に記入） | | | | | | | | | | | | | | |
| 西暦　　　　　年度 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 西暦　　　　　年度 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 西暦　　　　　年度 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 西暦　　　　　年度 | |  | | | | | | | | | | | | |

**（様式　科-3）**

受付番号：

**受　講　申　請　許　可　書**

**（受講同意書）**

**受講者氏名**

上記の者が、公益社団法人日本看護協会　特定行為研修の科目履修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　特定行為研修の科目履修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　科-4）**

受付番号：

**受　講　動　機**

**受講者氏名**

|  |
| --- |
|  |

**（様式　科-5）**

受付番号：

**実習施設情報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

**※自施設または地域の病院等で実習施設を確保できることが条件です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 該当する番号に〇を付ける | **施　設　名　称** |
| 自施設実習 | 1 | |  |
| 実習可能な関連施設 | 2 | |  |
| 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) | **2か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入** | **指導者\*がいる場合、○を記入** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 選択 | 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 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 | |  |  |  |  |
| ⑤ 創傷管理関連 | |  |  |  |  |
| ⑥ 動脈血液ガス分析関連 | |  |  |  |  |
| ⑦ 感染に係る薬剤投与関連 | |  |  |  |  |
| ⑧ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | |  |  |  |  |
| ⑨ 循環動態に係る薬剤投与関連 | |  |  |  |  |
| ⑩ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | |  |  |  |  |
| ⑪領域別パッケージ研修  「救急領域」 | 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 直接動脈穿刺法による採血 |  |  |  |
| 橈骨動脈ラインの確保 |  |  |  |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  |  |  |
| 抗けいれん剤の臨時の投与 |  |  |  |
| ⑫領域別パッケージ研修  「在宅・慢性期領域」 | 脱水症状に対する輸液による補正 |  |  |  |  |
| 気管カニューレの交換 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |

＊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