

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

2023年度 特定行為研修受講申請書類一式

〈凡例〉 ○必須 △任意

様式番号	種別	選択番号	
		① ~⑫-a	⑫-b1、⑫-b2
様式 1	受講申請書	○	○
様式 2	履歴書	○	○
様式 3-1	推薦書 (病院長や所長などの施設管理者)	○	○
様式 3-2	推薦書 (県協会もしくは関連団体の長など)	—	△
様式 4	受講動機	—	○
様式 5-1	実習施設情報	○	△
様式 5-2	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)	○	—
—	看護師免許証の写し ※A4判に縮小の両面コピー (表裏)	—	○

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。・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。<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（明記）</p></div>・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) 推薦書 (1) 施設管理者の推薦書	3-1 必須	<ul style="list-style-type: none">・受講者を推薦する理由を記載する。・推薦者は病院長や所長などの施設管理者とする。・所属施設のない方は、前職などの自分を推薦してくれる機関などに記載を依頼する。
(2) 県協会もしくは関連団体の長等の推薦書	3-2 任意	<ul style="list-style-type: none">・受講者を推薦する理由を記載する。・推薦者は都道府県看護協会会長もしくは関連団体の長等とする。・推薦があるものは提出する。
4) 受講動機	4	<ol style="list-style-type: none">1) 自身のこれまでの看護活動の状況を記載する。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。

<p>5) 実習施設情報</p>	<p>5-1 5-2</p>	<p>1. 実習を行う予定の施設リスト</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報</p> <p>受講するすべての科目について施設情報を記載する。</p> <p>(1) 選択する科目に○をつける。</p> <p>(2) 実習を行う施設の番号を記載する。実習する施設がない区分や特定行為は「5」と記載する。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

【①～⑫-a 受講希望者】

<input checked="" type="checkbox"/>	【本用紙】申請書類チェックリスト
<input checked="" type="checkbox"/>	【様式1】受講申請書
<input checked="" type="checkbox"/>	【様式2】履歴書
<input checked="" type="checkbox"/>	【様式3-1】推薦書（病院長や所長などの施設管理者）
<input checked="" type="checkbox"/>	【様式5-1】実習施設情報
<input checked="" type="checkbox"/>	認定看護師認定証の写し（有効期限内のもの）

【⑫-b1、⑫-b2 受講希望者】

<input type="checkbox"/>	【本用紙】申請書類チェックリスト
<input type="checkbox"/>	【様式1】受講申請書
<input type="checkbox"/>	【様式2】履歴書
<input type="checkbox"/>	【様式3-1】推薦書（病院長や所長などの施設管理者）
<input type="checkbox"/> 任意	【様式3-2】推薦書（県協会もしくは関連団体の長など）
<input type="checkbox"/>	【様式4】受講動機
<input type="checkbox"/>	【様式5-1】実習施設情報
<input type="checkbox"/>	【様式5-2】実習施設情報
<input type="checkbox"/>	看護師免許証の写し ※ A4判に縮小の両面コピー（看護師免許の表裏）

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。

記

■基本コース (全員受講)

1. 共通科目
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

- 選択コース (任意) ※ 区分別科目①～⑩の内、受講希望の科目を選択して○をつける
 ※ 領域別パッケージ研修⑪、⑫はいずれか一つを選択して○をつける
 ただし、⑪⑫を選択した場合は区分別科目①～⑩は選択不可
 ※ 1年の研修期間内で臨地実習を修了できる科目数を考慮し、選択すること

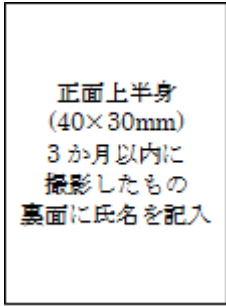
選択番号	区分別科目名・領域別パッケージ研修	受講希望	特記事項
①	呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	○	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連のみ、及び ①～⑫-aは 認定看護師が対象
②	呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	○	
③	呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連		
④	栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連		
⑤	創傷管理関連		
⑥	動脈血液ガス分析関連		
⑦	感染に係る薬剤投与関連		
⑧	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		
⑨	循環動態に係る薬剤投与関連		
⑩	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		
⑪	領域別パッケージ研修「救急領域」		
⑫-a	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」		⑫-b1、⑫-b2は 在宅領域に従事する 看護師が対象
⑫-b1	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」を選択する		
⑫-b2	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」を選択しない		

西暦 2023 年 1 月 4 日

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

履 歴 書

西暦 2023年 1月 4日現在



フリガナ	キヨセ タロウ	男・女
氏名	清瀬 太郎	
生年月日	(西暦) 1975年 5月 12日生 (満 47歳)	

フリガナ	トウキョウト キヨセシ ケンシュウ ハイヅカンゴウメゾノ	TEL (04X) 49X-746X
現住所	〒204-0024 東京都清瀬市研修1-2-3 ハイヅ看護梅園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 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 ____集中ケア____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	清瀬大学大学院 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) *認定看護師教育課程修了者のみ記入		
西暦 20〇〇年 〇月修了	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	

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

(代表者は病院長や所長などの施設管理者)

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

団 体 名 〇〇県看護協会

推薦者氏名 看護 梅子 印

(推薦者は都道府県看護協会会長もしくは関連団体の長等)

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、読めるフォント数とする。

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※本会は研修終了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の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。

		該当する番号 に○を付ける	施設名称
自 施 設 実 習	所属施設	①	医療法人梅園会 日本看護研修病院附属訪問看護ステーション
	実習可能な関連施設	②	医療法人梅園会 日本看護研修病院
		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)	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
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（気道確保に係るもの）関連		○	1	○	○
	② 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連		○	2	○	○
	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					

	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
	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 (必須の再掲)			
	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 (必須の再掲)			
		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

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、継続した指導医の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。

		該当する番号 に○を付ける	施設名称
自 施 設 実 習	所属施設	①	医療法人梅園会 日本看護研修病院附属訪問看護ステーション
	実習可能な関連施設	②	医療法人梅園会 日本看護研修病院
		③	清瀬市立かngo病院
		④	医療法人松山会 内科・消化器科クリニック
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 (※ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を選択する場合は○をつける。太枠内を記入する)

	特定行為区分の名称	特定行為名	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	特定行為 ごとの 指導者*が いる場 合、○を 記入
必須	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	1. 気管カニューレの交換	○	2、3	○	○
	ろう孔管理関連	2. 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		2、4	○	○
	創傷管理関連	3. 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		3	○	○
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	4. 脱水症状に対する輸液の補正		3	○	○
選択	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	5. 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	○	2、3	○	○

*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

