様式1-1

　令和6年度 第5期生「特定行為研修」願書

年　　　月　　 日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | 写真  3×4cm |
| 氏　名 | 印 | | | | | | 現住所  ※両メールアドレス必須 | | 〒　　　　－  ℡　　　　　　(　　　　　)  携帯mail　　　　　　　　　　@  PC mail @ |
| 性別 | 男　　　・　　　女 | | | | | |
| 生年月日  (年齢) | （和暦）  年　　　月　　　日  (満　　　　歳) | | | | | | 勤務先  〈部署名〉 | | 〒　　　　－  ℡　　　　　　(　　　　　) | |
| 学　歴　(高等学校以降の学歴をご記入下さい)※高校卒業含む | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 職　歴　(実務経験及び実習指導経験、病棟名・診療科と職位をご記入下さい) | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
| 年 | 月 | | ～ | 年 | | 月 | |  | | |
|  |  | |  |  | | 現在の職位又は役職（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）／実務年数　　計（　　　　）年 | | | | |
| 免　許　・　資　格（保健医療に関する事項) | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | | | | | | | 事　項 | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 年 | | 月 | | | 日 | | | （免許番号　　　　　　　　　　） | | |
| 〈緊急連絡先〉  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄  住所　〒　　　　　－  ℡（携帯電話）　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | | |

様式1-2

年　　　　月　　　日

公立大学法人 横浜市立大学

看護キャリア開発支援センター長　殿

推　薦　書

令和6年度 第5期生　看護師の特定行為研修の受講者として、当施設より下記の者を推薦いたします。

受講希望者氏名

推薦理由

施設名

推薦者署名

役職　　　　　　　　　氏名　 　　　　　　　　 　 　 　印

看護部長(施設長)　　　氏名　　　　　　　　　　　　 　 印

施設推薦順位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式1-3

令和6年度 第5期生特定行為研修受講希望コース申込書　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

※希望コースに〇をして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 外科術後病棟管理領域パッケージコース | | |
|  | 自由選択コース | | |
|  | ☆自由選択コースで希望する特定行為の区分に〇をして下さい。 | | |
|  | |  | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
|  | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 胸腔ドレーン管理関連 |
|  | 腹腔ドレーン管理関連 |
|  | ろう孔管理関連 |
|  | 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 |
|  | 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 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 創部ドレーン管理関連 |
|  | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | |  | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | |  | 術後疼痛管理関連 |
|  |  |  | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
|  | 感染に係る薬剤投与関連 |
|  | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
|  | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |

様式1-4

年　　月　　日

受講志望理由書

氏名

テーマ「特定行為研修の受講志望理由と研修受講後の展望について」2000字以内で述べよ。

様式1-5

年　　月　　日

公立大学法人 横浜市立大学

看護キャリア開発支援センター長 殿

既修得科目履修免除申請書

申請者氏名

　　私は、以下のとおり研修修了認定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて、既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了認定指定機関名 | 修了認定日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

以上