

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修に係る
受講前学習制度実施要項

令和4年1月27日制定

令和4年9月30日改正

(目的)

第1 滋賀医科大学医学部附属病院（以下「本院」という。）における看護師特定行為研修（以下「特定行為研修」という。）について、滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修実施要項第10に規定する受講前学習制度（以下「本制度」という。）の実施について定めるものである。

(利用資格)

第2 本制度を利用できる者は、次の条件を全て満たす者とする。

- (1) 本院又は本院の特定行為研修協力施設等に所属する看護職で、本院特定行為研修の出願を、本制度利用開始年月から3年以内に予定していること。
- (2) 保健師、助産師及び看護師の資格取得後実務経験年数が1年以上であること。
- (3) 特定行為研修の修了者でないこと。
- (4) 所属する施設の管理職位者の推薦を得られること。

(学習内容)

第3 本制度における学習内容は、本院の実施する特定行為研修の共通科目（250時間）のうち、e-learning教材の視聴とする。

(利用期間)

第4 本制度の利用期間は、3ヶ月を最小単位として3ヶ月単位での更新制とし、最長で3年までとする。

(特定行為研修の履修免除)

第5 特定行為研修受講開始日以前3年間に履修した学習のうち、理解度、視聴時間等の条件を満たした学習は、特定行為研修での履修を免除できるものとする。

(利用料)

第6 本制度の利用料は、3ヶ月10,000円（税別）とし、利用者は利用期間に

応じた金額を一括で前払いする。

2 納付された利用料は、返金しない。

(利用手続き)

第7 本制度を利用しようとする者は、「受講前学習制度利用申込書」(別紙様式1)により申し込むものとし、教材の視聴開始前には「利用方法確認書」(別紙様式2)を提出するものとする。

2 本制度の利用期間を更新しようとする者は、「受講前学習制度利用申込書(更新)」(別紙様式3)により申し込むものとする。

(その他)

第8 この要項に定めるもののほか、本制度の実施に関し必要な事項は、滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修センターが別に定める。

附 則

この要項は、令和4年2月1日から施行する。

附 則

この要項は、令和4年10月1日から施行する。

(別紙様式1)

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修
受講前学習制度利用申込書

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修センター長 殿

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修に係る受講前学習制度実施要領を了承の上、申し込みます。

| | | |
|------------------------|--|--------------------|
| 利用者氏名 (自署) | (ふりがな) | |
| 利用期間 (年度内) | 令和 年 月 ~ 令和 年 月 (ヶ月間) | |
| 利用者住所 | 〒 | |
| 利用者連絡先 | 携 帯 : メールアドレス : | |
| 勤務先名称 | | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 勤務先 Tel | | |
| 所属部署 | | 部署の連絡先 Tel : |
| 職 名 | | 看護実践経験年数 () 年目 |
| 連絡用メールアドレス | | |
| 本院の看護師特定行為研修の受験を考えている年 | () 内に○をつけてください。 1年以内 () 2年以内 () 3年以内 () | |
| 希望する領域 | | |
| 推薦者職位・氏名 (自署) | | |

※記入いただいた個人情報、本院の受講前学習制度に関する連絡、看護師特定行為研修に関する情報提供以外の目的に使用することはありません。

(別紙様式2)

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修センター
センター長 殿

所属施設名

氏 名
(自署又は記入押印)

印

利用方法確認書

私は、滋賀医科大学医学部附属病院における看護師特定行為研修の受講前学習制度を利用するにあたり、下記の事項を確認いたしました。

記

1. 受講前学習制度の利用開始日より、3年以内に滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修の出願を予定すること。
2. 納付した利用料は返金されないこと。
3. 利用期間の更新を希望する場合は、利用申込書（更新）（別紙様式3）を提出すること。
4. 使用教材の利用規約を順守すること。
5. 個人アカウントは共用しないこと。
6. 教材の著作権、肖像権を守り、適切に使用すること。
7. 本制度利用中の成績履修証明等は発行されないこと。
8. 教材は、受講前学習制度としての利用に限り、その他の目的での二次利用はしないこと。
9. 所属施設が変更になった場合は、同センターに申し出ること。
10. 滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修センターが、制度の利用に対して不適切な使用があると判断したときは、契約を解除されること。
11. このほか、本制度の実施要領に基づき定める留意事項について全て承諾すること。

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修
受講前学習制度利用申込書（更新）

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修センター長 殿

滋賀医科大学医学部附属病院看護師特定行為研修に係る受講前学習制度実施要領を了承の上、申し込みます。

利用者氏名、利用期間以外は、変更がある場合のみご記入ください。

| | | |
|------------------------|--|--------------------|
| 利用者氏名（自署） | (ふりがな) | |
| 利用期間（年度内） | 令和 年 月 ～ 令和 年 月 （ ヶ月間） | |
| 利用者住所 | 〒 | |
| 利用者連絡先 | 携 帯： メールアドレス： | |
| 勤務先名称 | | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 勤務先 Tel | | |
| 所属部署 | | 部署の連絡先 Tel： |
| 職 名 | | 看護実践経験年数 () 年目 |
| 連絡用メールアドレス | | |
| 本院の看護師特定行為研修の受験を考えている年 | () 内に○をつけてください。 1年以内 () 2年以内 () 3年以内 () | |
| 希望する領域 | | |
| 推薦者職位・氏名 (自署) | | |

※記入いただいた個人情報、本院の受講前学習制度に関する連絡、看護師特定行為研修に関する情報提供以外の目的に使用することはありません。