※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準１）

**令和２年度　滋賀医科大学　看護師特定行為研修**

**特定行為研修標準コース志願書**

**（３次募集）**

　令和　　年　　月　　日

　　　滋賀医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名（自署）

私は、別紙のとおり滋賀医科大学の看護師特定行為研修を受講したいので、

出願いたします。

　※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準１　別紙）

特定行為研修標準コース受講希望

志願者氏名

　希望するパッケージまたはクラスに〇を記入してください。指定の「標準様式１

別紙続紙」に記入すること。

　　　　　（　　）　急性期・周麻酔クラス（様式標準１　別紙続紙５）

　　　　　（　　）　慢性期・在宅クラス（様式標準１　別紙続紙５）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準１　別紙続紙５）  特定行為研修標準コース受講希望  志願者氏名  **該当するものに☑すること（■：必修科目）　　　　　　　　　　　　　　　　※志願者が記入すること** | | | | |
| **受講クラス** | **受講を希望　するクラス** | **選択する特定行為区分** | **特定行為区分内容** | |
| **急性期・周麻酔**  **クラス** | **□** | ■ | 必修 | 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 |
| □ | 選択  （複数可） | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| □ | 循環器関連 |
| □ | 胸腔ドレーン管理関連 |
| □ | 腹腔ドレーン管理関連 |
| □ | 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 |
| □ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
| **慢性期・在宅　クラス** | **□** | □ | 選択  （1つ以上選択すること） | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受験番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準２）  **特定行為研修標準コース履歴書**  令和　　年　　月　　日現在  **写真**  4×3cm　　　　6ヶ月以内の写真  写真裏面に記名して貼付 | | |
| ふりがな  　　氏　名 | |  | | | |
|  | | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　月　　　日生　（　　）歳 | | | |
| 現住所 | | 〒　　　　－  　TEL　　　（　　）　　　　　　　携帯 | | | |
| 勤  務  先 | ふりがな  名　称 |  | | | |
|  | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　） | | | |
| 施設長名 |  | | | |
| 所属長名 |  | | | |
| 申込者の職種 |  | 申込者の　職位 |  | |
|  | 年　月 | 高等学校卒業から、年月（和暦）を入れて記載して下さい。 | | | |
| 学  歴 |  | 高等学校　　　　　　卒業 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 職  歴 | 年　月 | 施設名、配属診療科名、配属期間を記載してください。 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 現在の職務 | 所属部署の名称 | 職　務　内　容 | | | |
|  |  | | | |
| 免許・資格・学位 | |  | | | |
| 学会及び社会に  おける活動  （所属学会；役職等） | |  | | | |
| 研修受講歴  （５日以上） | |  | | | |

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準３）

　特定行為研修標準コース志願理由書

　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　氏名

|  |
| --- |
| 看護師特定行為研修受講の志願理由、および研修修了後の抱負を1600字以内で記載すること。 |
|  |

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準４－１）

特定行為研修標準コース推薦書

　　令和　　　年　　　月　　　日

　滋賀医科大学長　殿

施設名

職　　位

推薦者(自署)

　滋賀医科大学の看護師特定行為研修の受講者として、

氏名　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

　推薦理由　（修了認定後、貴施設で期待する役割などもご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　※所属がない場合は自薦可：推薦者欄に自身の名前を記載すること。

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準４－２）

**看護師特定行為研修**

**特定行為研修標準コース受講同意書**

令和　　年　　月　　日

　　　滋賀医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

　　上記の者が、滋賀医科大学　看護師特定行為研修を受講申請することを許可します。

　　また、受講が決定した場合は、当施設または当施設の関連施設において、臨地実習を行うことを承諾します。

施設名

（施設長）

令和　　年　　月　　日

職　　位

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　（所属長）

令和　　年　　月　　日

職　　位

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準４－３）

特定行為研修標準コース実習施設情報

　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

**受講を希望する区分について、該当するものに☑すること。　※施設長・所属長相当が記入すること**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **実　習　施　設　情　報** | | |
| **特定行為区分内容（行為毎）** | | **４ヶ月間で自施設に対象となる事例が　５例以上ある** | ＊①、②のどちらかに該当すること | |
| **①自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる。** | **②自施設に特定行為研修修了者がいる。** |
| 1.呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 2.呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 人工呼吸器からの離脱 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 3.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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 4.循環器関連 | 一時的ペースメーカの操作及び管理 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 一時的ペースメーカリードの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 5.胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 胸腔ドレーンの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 6.腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む） | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 7.ろう孔管理関連 | 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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 膀胱ろうカテーテルの交換 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 8.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 | 中心静脈カテーテルの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 9. 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 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 10.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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 11.創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 12.動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 橈骨動脈ラインの確保 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 13. 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 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 脱水症状に対する輸液による補正 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 14. 血糖コントロールに係る薬剤投与　関連 | インスリンの投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 15. 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16. 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 17. 精神及び神経症状に係る薬剤投与　関連 | 抗けいれん剤の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 抗精神病薬の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |
| 抗不安薬の臨時の投与 | □ | □ | □ |
| 研修施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 施設への確認 | 有 | 無 |

＊実習は、①、②のうち、いずれかの指導者がいること。指導者とは、医師の指導者は、臨床研修指導医と同等

以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、

認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

・実習施設情報のチェック項目が揃わない場合は、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）までご相談ください。

**自施設情報に関する問い合わせ先（志願者以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職種 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | | | メールアドレス | |  | | |

**事務担当者**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | メールアドレス | |  | | |

（様式標準５）

※受験番号

　特定行為研修標準コース連絡先

選考日などで連絡事項が生じた場合、看護師特定行為研修センターより志願者の皆様に連絡をさせていただく場合があります。

連絡先を下記に記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1. 携帯電話番号 | －　　　　　　　－ |
| 1. ②以外で連絡のつく電話番号 | （連絡先名　　　　　　　　　　　　　自宅：職場：他　　　　　）  ＴＥＬ：  ＦＡＸ： |
| 1. パソコンのメールアドレス | ＠ |
| 1. 結果通知の送付先 | 〒　　　－  住所    　受取り人が本人以外の場合の宛名（　　　　　　　　　　　　） |

　上記の個人情報は、看護師特定行為研修受講や選考に関する連絡などの目的以外に使用することはありません。