（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 | （　）内に〇をつけてください。  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は、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　　　　　　　　　　　　印

(自署又は記入押印)

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。