|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和３年度　滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻高度実践コース**  **特定行為領域　履修資格認定審査申請書** | | | | |
| 滋賀医科大学長　殿  貴大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻入学試験への出願について、高度実践コース　　　　　　　　特定行為領域を希望します。  ついては、履修資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　男・女  （西暦　　　　　年）  昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　満　　　歳 | | | | |
| 志 望 分 野 | コース | 高度実践コース | | |
| 研究領域 | 特定行為領域 | | |
| 研究部門 | 1. □特定行為実践部門  2. □周麻酔期看護実践部門 | | |
| 指導を希望  する教員名 |  | | |
| 指導教員との申請前相談 | | ※指導を希望する教員と、必ず申請前に事前相談してください。  □  　　　　　　　相談後、左の□欄に✓印を記入してください。 | | |
| 現 住 所 | | 〒　　　　－  TEL　　　（　　）  E-mail： | | |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学　　歴 | 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。 |
|  | 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） | |  |