

記載例

※受験番号(記入不要)

(様式標準1)

令和●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(春季)

令和 ■年■月■日

滋賀医科大学長 殿

志願者氏名(自署) 滋賀 花子

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。

記載例

※受験番号(記入不要)

(様式標準 1 別紙 急性期・周麻酔クラス)

特定行為研修標準コース受講希望

志願者氏名 **滋賀 花子**

(■：必修科目)

パッケージ 受講領域	行為区分	特定	希望の区分に ☑してください。 ※パッケージの場合は 記入不要	特定行為区分内容
パッケージ 救急領域	■	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
	■			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： 脱水症状に対する輸液による補正
	■			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

記載例

(様式標準2)

※受験番号(記入不要)

特定行為研修標準コース履歴書

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名	しが はなこ			写真 4×3cm 6ヶ月以内の写真 写真裏面に記名し 貼付	
	滋賀 花子				
生年月日	昭和・平成 50 年 9月 1日生 (46) 歳				
現住所	〒520-0000 滋賀県大津市〇〇〇町1丁目2-3 TEL 077 (5XX) 1234 携帯 090-00XX-5678				
勤 務 先	ふりがな 名 称	■■■■■■■■■■ びょういん			
		■■■■■■■■■■ 病院			
	所在地	〒520-XXXX 滋賀県大津市□□□町3-2-1 TEL 077 (548) XXXX			
	施設長名	〇〇 〇〇			
	所属長名	△△ △△			
	申込者の職種	看護師	申込者の 職位	副看護師長	
学 歴	年 月 (和暦)	高等学校卒業から、年月 (和暦) を入れて記載して下さい。			
	平成 6 年 3 月	滋賀県立	滋賀 高等学校	卒業	
	平成 6 年 4 月	〇〇看護専門学校		入学	
	平成 9 年 3 月	〇〇看護専門学校		卒業	
職 歴	年 月 (和暦)	配属期間	施設名、配属診療科名を記載してください。		
	平成 9 年 4 月 ~ 13 年 3 月	4 年 ヶ月	■■■■■■■■■■ 病院	小児科病棟	
	平成13 年 4 月 ~ 19 年 3 月	6 年 ヶ月	■■■■■■■■■■ 病院	整形外科病棟	
	平成19 年 4 月 ~ 令和 3 年 9 月	14 年 6 ヶ月	■■■■■■■■■■ 病院	集中治療部	
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
記入漏れ、計算間違い に注意してください。					

記載例

現在の職務	所属部署の名称	職務内容
	集中治療部	枠内に記入
	免許・資格・学位	平成30年 感染管理認定看護師
	学会及び社会における活動 (所属学会；役職等)	平成25年 日本看護学会
	研修受講歴 (5日以上)	平成27年 認定看護管理者ファーストレベル
	ラダーの有無 及び ラダーレベル (該当の口にチェック)	☒ 有 (☒ 日本看護協会 ☐ 施設独自) レベル (2) ☐ 無
	滋賀医科大学 看護師特定行為研修 受講前学習制度の 利用の有無 (該当の口にチェック)	☐ 利用している (滋賀医大以外で勤務の方) ☐ 利用している (本学院内勤務者) ☒ 利用していない・わからない

特定行為研修標準コース志願理由書

令和 ■ 年 ■ 月 ■ 日

氏名

滋賀 花子

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。

枠内に記入してください。

記載例

※受験番号(記入不要)

(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

所属長以上

施設名 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 病院

職位 看護部長

推薦者/所属長(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 滋賀 花子 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)

枠内に記入してください。

※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。

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 滋賀 花子

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 滋賀医科大学医学部附属病院

(施設長)

令和●年●月●日

職位 病院長

氏名 田中 俊宏 印

(所属長)

令和●年●月●日

職位 副病院長兼看護部長

氏名 小寺 利美 印

救急領域)

特定行為研修標準コース実習施設情報

志願者氏名 滋賀 花子

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

救急領域			実 習 施 設 情 報			
特定行為区分内容（行為毎）			実習期間内において 臨地実習施設 で対象となる事例が5例以上ある		指 導 者 情 報	
					① 臨地実習施設に特定行為 区分の臨地実習が行える医	② 自施設に特定行為区分の 臨地実習が行える医師の指
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	あり ☑	なし □	☑	☑
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	あり ☑	なし □	☑	☑
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	あり ☑	なし □	☑	☑
		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	あり ☑	なし □	☑	☑
		人工呼吸器からの離脱	あり ☑	なし □	☑	☑
13	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	あり ☑	なし □	☑	☑

		橈骨動脈ラインの確保	あり ☒	なし ☐	☒	☒
15	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	あり ☒	なし ☐	☒	☒
20	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的投与	あり ☒	なし ☐	☒	☒

※実習について、①の指導者は必須。

医師の指導者…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…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。

※実習施設情報についての質問は、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）までお問合せください。

（様式標準4-3 救急領域）

臨地実習研修施設名（複数ある場合は、全てご記入下さい。）

研修施設名	所属施設にて研修の場合		所属施設以外にて研修の場合※		

※「所属施設以外にて研修の場合」に記載の場合は「様式標準4-3 別紙」を記載のこと

載のこと

実習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					

事務に関する問い合わせ先

部署		職位		氏名	
電話		メールアドレス			

記載例

(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 氏名	滋賀 花子
② 携帯電話番号	090-00XX-5678
③ ②以外で連絡のつく電話番号	(連絡先名 ■■■■■■ 病院 集中治療部 自宅：職場：他) TEL : 077 (5XX) 0123 FAX : 077 (5XX) 0124
④ パソコンのメールアドレス	〇〇〇〇 @△△△△.ne.jp
⑤ 結果通知の送付先	〒520-0000 住所 滋賀県大津市〇〇〇町1丁目2-3 受取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。

感染症抗体価確認用紙

フリガナ	しが はなこ	性 別	男 ・ 女
氏 名	滋賀 花子	生年月日	昭和 50 年 9 月 1 日
所属施設名	■■■■■■■■ 病院		

測定歴がないもの、若しくは測定歴が不明な場合は空欄でよい。

各種抗体価

項目	測定値	検査法	検査日
麻 疹	●●	IgG-EIA 法	2015 年 10 月 1 日
風 疹	●●	IgG-EIA 法	2015 年 10 月 1 日
水 痘	●●	IgG-EIA 法	2015 年 10 月 1 日
流行性耳下腺炎	●●	IgG-EIA 法	2015 年 10 月 1 日
HBs 抗体	●●	CLIA 法	2016 年 10 月 31 日

測定歴がないもの、若しくは測定歴が不明な場合は空欄でよい。

ワクチン接種歴

		接種日		接種日
麻 疹	1 回目	●●年●●月●●日	2 回目	●●年●●月●●日
風 疹	1 回目	●●年●●月●●日	2 回目	●●年●●月●●日
水 痘	1 回目	●●年●●月●●日	2 回目	●●年●●月●●日
流行性耳下腺炎	1 回目	●●年●●月●●日	2 回目	●●年●●月●●日
B 型肝炎	1 回目	●●年●●月●●日	2 回目	●●年●●月●●日
	3 回目	●●年●●月●●日		

記載日： 令和●年 10 月 1 日

記載者氏名： 滋賀 花子

【記載について】

- ・ 滋賀医科大学医学部附属病院所属の看護師については、本用紙の提出は不要です。
- ・ 受講までに必要となるワクチン接種について確認するための用紙です、自記式で記入ください。
- ・ 直近、所属施設や開業医等で測定された値を記載してください。
- ・ 測定歴がないもの、若しくは測定歴が不明な場合は空欄にしてください。（合格通知後に本学指定の検査方法による抗体価等、医師が記載した健康診断証明書を提出していただくことになりますので、空欄で結構です。）
 - ・ ワクチン接種歴があれば、接種日を記載してください。