

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

☑すること

※志願者が記入すること

受講クラス	定行為区分特	特定行為区分内容
急性期・周麻酔 クラス	☒	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
	☐	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
	☐	循環器関連
	☐	心嚢ドレーン管理関連
	☐	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
	☐	創傷管理関連
	☐	創部ドレーン管理関連
	☐	動脈血液ガス分析関連
	☐	透析管理関連
	☒	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	☐	感染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
	☐	皮膚損傷に係る薬剤投与関連

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

選択

（1つ以
上選択す
ること）

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□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 <u>受講前学習制度</u> の 利用の有無 （該当の□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 ■■■■■■ 病院

(施設長)

令和 年 月 日

職 位 病院長

氏 名 ○○ ○○ 印

(所属長)

令和 年 月 日

職 位 看護部長

氏 名 △△ △△ 印

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

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

急性期・周麻酔クラス			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師の指導者がいる。(必須)	②臨地実習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	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 □	☑	□
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	あり □	なし □	□	□
4	循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	あり □	なし □	□	□
		一時的ペースメーカーリードの抜去	あり □	なし □	□	□
		経皮的心肺補助装置の操作及び管理	あり □	なし □	□	□
		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	あり □	なし □	□	□
5	心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去	あり □	なし □	□	□

急性期・周麻酔クラス			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師の 指導者がいる。（必須）	②臨地実習施設に特定行為研 修修了者がいる。
6	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
		胸腔ドレーンの抜去	あり ☐	なし ☐	☐	☐
7	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）	あり ☐	なし ☐	☐	☐
9	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
10	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
11	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
		創傷に対する陰圧閉鎖療法	あり ☐	なし ☐	☐	☐
12	創部ドレーン 管理関連	創部ドレーンの抜去	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 ☐	☐	☐
14	透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	あり ☐	なし ☐	☐	☐
15	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	あり ☒	なし ☐	☒	☒
		脱水症状に対する輸液による補正	あり ☒	なし ☐	☒	☒
16	感染に係る薬 剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	あり ☐	なし ☐	☐	☐

急性期・周麻酔クラス			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師の指導 者がいる。（必須）	②臨地実習施設に特定行為研修 修了者がいる。
17	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
18	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	あり ☐	なし ☐	☐	☐
19	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	あり ☒	なし ☐	☒	☐
		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	あり ☒	なし ☐	☒	☐
		持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	あり ☒	なし ☐	☒	☐
		持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	あり ☒	なし ☐	☒	☐
		持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	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の投与	あり ☐	なし ☐	☐	☐
		抗精神病薬の臨時の投与	あり ☐	なし ☐	☐	☐
		抗不安薬の臨時の投与	あり ☐	なし ☐	☐	☐
21	皮膚損傷に 係る薬剤投与 関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所 注射及び投与量の調整	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。

※血糖コントロールに係る薬剤投与関連については、糖尿病専門医が指導者となること。

※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。

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	■■■■■■■■ 病院	所属施設以外にて研修の場合※	▲▲▲▲ 病院	○○○○ 病院

※ 「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」に記載のこと

実習情報に関する問い合わせ先（志願者以外）

部署	看護部 管理室	職種	看護師	職位	看護部長	氏名	△△ △△
電話	077（5XX）0123			メールアドレス		kangobu@XXXX. yy. ac. jp	

事務に関する問い合わせ先

部署	総務課	職位	課長	氏名	瀬田 太郎
電話	077（5XX）6789	メールアドレス	kacho@XXXX. yy. ac. jp		

※受験番号

特定行為研修標準コース

他施設（所属施設以外）臨地実習実施承諾書

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、下記施設で臨地実習を行うことを承諾します。

臨 地 実 習 施 設 名	臨地実習施設情報（該当するものに☑すること）		
	所属施設との関係性（選択☑）	施設間で実習実施について同意済み (必須☑)	指導者がいることについて確認済み (医師必須☑)
▲▲▲▲病院	☒ 関連施設 ☐ その他＊詳細記載必須 (詳細)	☒	☒ 医師 ☐ 看護師
○○○○病院	☒ 関連施設 ☐ その他＊詳細記載必須 (詳細)	☒	☒ 医師 ☒ 看護師
	☐ 関連施設 ☐ その他＊詳細記載必須 (詳細)	☐	☐ 医師 ☐ 看護師
	☐ 関連 ☐ その他＊詳細記載必須 (詳細)	☐	☐ 医師 ☐ 看護師

- ・臨地実習を実施する施設は、滋賀医科大学特定行為研修指定研修機関の協力施設として厚生労働省へ申請が必要です。（研修開始後、看護師特定行為研修センターより説明）
 - ・協力施設となるには、医療安全体制、指導者の確保等の要件を満たす必要があります。（参照：保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について）
 - ・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こと。
- ご不明な点がございましたら、事前に、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。

施設名 ■■■■■■ 病院

(志願者施設長)

職位・氏名（自署） 病院長・○○ ○○

(志願者所属長)

職位・氏名（自署） 看護部長・△△ △△

(注意) 本紙は、志願者が所属施設以外（他施設）で臨地実習を実施する場合のみ提出。

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。

記載例

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。