※受験番号(記入不要)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式標準１）

**令和８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）

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　外科系基本領域）

特定行為研修標準コース受講希望

志願者氏名

**（■：必修科目）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **パッケージ**  **受講領域** | **選択する特定行為区分** | **特定行為区分内容** | |
| **パッケージ**  **外科系基本　領域** | ■ | 必修 | 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 |
| ■ | 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 |
| ■ | 創部ドレーン管理関連 |
| ■ | 動脈血液ガス分析関連： 直接動脈穿刺法による採血 |
| ■ | 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 |
| ■ | 感染に係る薬剤投与関連 |
| ■ | 術後疼痛管理関連 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号(記入不要)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 | | | |
| ふりがな  　　氏　名 | | **写真**  4×3cm　　　　6ヶ月以内の写真  写真裏面に記名し  貼付 | | | |
|  | | | |
| 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（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。 | | | |
| 学  歴 | 年　　 月 | 高等学校　　　　　　卒業 | | | |
| 年　　 月 |  | | | |
| 年　　 月 |  | | | |
| 年　　 月 |  | | | |
| 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。 | | |
| 年　月～　 　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 年　月～　　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 年　月～　 　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 年　月～　 　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 年　月～　 　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 年　月～　 　 年　月 | 年　 ヶ月 |  | | |
| 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） | |  | | | |
| 特定行為研修受講歴有無 | | □ 有　（研修機関名：　　　　　　　　　　　修了年度：　　　）  □ 無 | | | |
| その他１研修につき  ５日以上の  研修受講歴 | |  | | | |
| 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（　　　　　　　）  □ 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□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 | | | |

※受験番号(記入不要)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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　　　志願者氏名

|  |
| --- |
| 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(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

施設名

職　　位

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　　　　　　　　　　　　　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）

|  |
| --- |
|  |

※受験番号(記入不要)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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　外科系基本領域）

特定行為研修標準コース実習施設情報

　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 外科系基本領域 | | **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。** |
| 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□ | □ | □ |
| 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□ | □ | □ |
| 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□ | □ | □ |
| 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□ | □ | □ |
| 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□ | □ | □ |
| 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□ | □ | □ |

※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育

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。

⇒次ページへ続く

（様式標準４－３　外科系基本領域）

**臨地実習研修施設名（複数ある場合は、全てご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**

**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 | |  | | |

（様式標準４―３ 別紙）

※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

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☑）** |
|  | □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育経験を有すること。

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

（志願者施設長）

職位・氏名（自署）

（志願者所属長）

職位・氏名（自署）

**（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。**

（様式標準５）

※受験番号(記入不要)

　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ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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** |  | **性　　別** | 男　・　女 |
| **氏　　名** |  | **生年月日** | 年　　　月　　　日 |
| **所属施設名** |  | | |

**各　種　抗　体　価**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **測定値** | **検査法** | **検査日** |
| 麻　疹 |  |  | 年　　月　　日 |
| 風　疹 |  |  | 年　　月　　日 |
| 水　痘 |  |  | 年　　月　　日 |
| 流行性耳下腺炎 |  |  | 年　　月　　日 |
| HBs抗体 |  |  | 年　　月　　日 |

**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：　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記載者氏名：

【記載について】

* 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。
* 本学附属病院の職員は、本用紙の提出は不要です。
* 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。