独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

**2024年度 特定行為研修受講申請書類一式**

1. 受講申請書（**様式1**）
2. 履歴書（**様式2**）
3. 志願理由書**（様式3）**
4. 推薦書**（様式4）**
5. 実習施設情報（**様式5**）
6. 受験票・写真票

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

# 受 講 申 請 書

### 独立行政法人 国立病院機構岡山医療センター 院長 様

私は、下記の独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 特定行為研修を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

### 西暦 年 月 日

フリガナ

### 申請者氏名（自署）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 区分No | 特定行為区分名 |
| １ | 外科術後病棟管理領域パッケージ |
| ２ | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| ３ | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |

（希望する区分Noに○をしてください）

**※受験番号**

# 履 歴 書

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦 2024 年 4 月 1 日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | 男 女 |
| 氏 名 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 | 月 | 日生 | （満 | 歳） |
| フリガナ |  | TEL携帯TEL ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること |
| 所属施設住 所 | 〒 | TEL所属部署もしくは内線番号（ ）FAX |
| 免許取得年月日 | 保健師 |  | 西暦 |  | 年 | 月 | 日 | 号 |
| 助産師 |  | 西暦 |  | 年 | 月 | 日 | 号 |
| 看護師 |  | 西暦 |  | 年 | 月 | 日 | 号 |
| 資格取得 |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | 【取得日】 |
|  |  |  |  |  | 学 | 歴 |  |  |  |  |  |
| 一般学歴 |  | 西暦 | 年 | 月 卒業 |
| 専門学歴 |  | 西暦 | 年 | 月 卒業 |
|  |  |  |  |  | 職 | 歴 |  |  |  |  |  |
| 【施設名・診療科】 | 【期間】 |

# 履 歴 書

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に撮影したもの

裏面に氏名を記入

**記 入 見 本**

西暦 2024 年 4 月 1 日現在

印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | やまだ | はなこ |  |  | 男 女 |
| 氏 名 | 山 田 | 花 子 |  |  | 山田 |
| 生年月日 | 西暦 1988 | 年 5 月 | 16 | 日生 （満 35 歳） |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | TEL 0123-456-7890携帯TEL 090-1234-5678ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ ○○＠○○.○○ |
| 現住所 | 〒123-0045○○県○○市○○町1丁目1-1 |
| フリガナ | ○○ケンリツ ○○ビョウイン |
| 所属施設名 | ○○県立 ○○病院 |  | ＊正式名称を記入すること |
| 所属施設 | 〒123-0065 | TEL 0123-194-1110所属部署もしくは内線番号 |
| 住 | 所 | ○○県○○市○○町2丁目2-2 | （ 内線 456 ）FAX 0123-194-1112 |
| 免許取得年月日 | 保健師 西暦 年 | 月 日 |  | 号 |
| 助産師 西暦 年 | 月 日 |  | 号 |
| 看護師 西暦 2010 年 4 | 月 5 日 |  | ○○○○○○ 号 |
| 資格取得 |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載感染管理認定看護師 | 【取得年】2017年 |
| 学 歴 |
| 一般学歴 | ○○県立 ○○高等学校 | 西暦 2007 年 3 月 卒業 |
| 専門学歴 | ○○県立 ○○看護専門学校 | 西暦 2010 年 3 月 卒業 |
| 職 歴 |
| 【施設名・診療科】 | 【期間】2010年4月～ |  | 現在に至る |
| ○○県立○○病院 |
| （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従 |
| 看護師3年） |

# 志 願 理 由 書

西暦 年 月 日氏 名

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

# 推 薦 書

西暦 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構 岡山医療センター 院長 様

施 設 名職 位

推薦者氏名 印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

推薦理由

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

## （様式 5）

**※受験番号**

1. 実習を行う予定の施設リスト

# 実習施設情報

※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 施 設 名 称 |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 実習施設がない |

※欄には記入しないで下さい。

### 受講を希望する特定行為に関する施設情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目またはパッケージ研修の名称 | 実習を行う 施設 (※上記リストから番号を記入する) | 直近2 か月間で対象となる症例が5 例以上ある場合、○を記入 | 指導者\*がいる場合、○を記入 |
| 領域別パッケージ研修「外科術後病棟管理領域」 | 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 創部ドレーン管理関連 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |  |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 |  |  |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |  |  |

＊指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| ふりがな氏 名 |  |
|  |
| 生年月日 | 昭和平成 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| ふりがな氏 名 |  |
|  |
| 生年月日 | 昭和平成 年 月 日 |

※欄には記入しないで下さい。

独立行政法人国立病院機構

岡山医療センター 看護師特定行為研修

**2024年度 受 験 票**

独立行政法人国立病院機構

岡山医療センター 看護師特定行為研修

**2024年度**

**写 真 票**

１．試験日時

令和 5年 12月 4日（ 月）

受

付 13：00～13：30

オリエンテーション 13：30～13：45

小

論

文 13：45～14：45

休

憩 14：45～14：55

面

接 14：55～

２．試験会場

独立行政法人国立病院機構

岡山医療センター 西棟8 研修室4

写真貼付欄

正面上半身

（4.0㎝×3.0㎝）

3ケ月以内撮影 裏面に氏名を記入