様式１

受験番号※

**入　講　願　書**

年　　月　　日

静岡県立大学看護学部附属

看護実践教育研究センター長　殿

申請者（自署）

私は、下記のコース・区分について、貴センター看護師特定行為研修の受講を希望しますので、関係書類を添えて出願いたします。

希望するコース・区分に◯印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望 | 必修コース・選択区分名 |
|  | 必修　Aコース【在宅・慢性期領域】パッケージコース |
|  | 必修　Bコース【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】区分コース |
|  | 選択　区分【血糖コントロールに係る薬剤投与関連】 |
|  | 選択　区分【感染に係る薬剤投与関連】 |

※必修Aコースには【血糖コントロールに係る薬剤投与関連】のみ追加選択可能

|  |  |
| --- | --- |
| 希望 | 区分名 |
|  | 【在宅・慢性期領域】 |
|  | 【呼吸器（長期呼吸療法にかかるもの）関連】 |
|  | 【血糖コントロールに係る薬剤投与関連】 |
|  | 【感染に係る薬剤投与関連】 |

※いくつでも選択可能

様式２

受験番号※

履　歴　書

年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 性別 | 写真貼付  **縦4cm×横3cm**  ・最近３ヶ月以内に撮影、正面・単身・胸から上の写真  ・裏面に氏名を記入してここに糊付けしてください |
|  | 女　・男 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　日　 （満　　　歳） | |
| 現 住 所 | 〒 | |
| 連 絡 先 | 電話番号  メールアドレス | | |
| 勤 務 先 |  | | |
| 免 許 | 看　護　師：　　　　年　　　月　　　日取得（　　　　　　　　号） | | |
| 保　健　師：　　　　年　　　月　　　日取得（　　　　　　　　号） | | |
| 助　産　師：　　　　年　　　月　　　日取得（　　　　　　　　号） | | |

**学　歴**　＊高校以降の学歴を記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月 | 事　項 |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |

**職　歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月 | 事　項 |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |

**資　格**　＊看護の専門資格等について記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| 年月 | 事　項 |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |

・行が不足する場合は増やしてください。

様式３

受験番号※

**志　願　理　由　書**

年　　月　　日

申請者（自署）

・この用紙１枚にまとめてください。

様式4

受験番号※

**推　薦　書**

年　　月　　日

静岡県立大学 看護学部附属

看護実践教育研究センター長　殿

被推薦者氏名：

推薦者

氏　名（自署）

ご所属：

お役職：

様式５

2024年度静岡県立大学 看護学部附属看護実践教育研究センター

看護師特定行為研修入講試験

写真票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受験番号 | ※ | |
| フリガナ  氏　名 |  | 男  ・  女 |
|  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | |

※の欄は記入しないこと

|  |
| --- |
| 写真貼付  **縦4cm×横3cm**  ・最近３ヶ月以内に撮影、  正面・単身・胸から上の  写真  ・裏面に氏名を記入してここ  に糊付けしてください |

様式６

2024年度静岡県立大学 看護学部附属看護実践教育研究センター

看護師特定行為研修入講試験

受験票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受験番号 | ※ | |
| フリガナ  氏　名 |  | 男  ・  女 |
|  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | |

※の欄は記入しないこと

|  |
| --- |
| 写真貼付  **縦4cm×横3cm**  ・最近３ヶ月以内に撮影、  正面・単身・胸から上の  写真  ・裏面に氏名を記入してここ  に糊付けしてください |

様式7-1

受験番号※

研修に関する所属施設情報（１）

１．受講を希望するコース・区分の自施設の現状につき症例数・指導者欄に〇か×をつけてください。



※指導者：臨床経験が７年以上で、医師の臨床研修に係る指導医講習会を受講、または医学生・研修医の教育経験がある医師

様式7-2

受験番号※

研修に関する所属施設情報（２）

２．看護師特定行為研修の修了者

　（　　）修了者はいない

（　　）修了者がいる　　→（　　　）名→修了した区分名：

３．看護師特定行為研修の臨地実習指導体制

　（　　）指導体制がある

　（　　）指導体制はない

４．本研修における所属施設の受講協力体制

　（　　）平日のe-ラーニング学習時間の確保

（　　）平日の集合研修（対面授業、OSCE等）への参加時間の確保

　（　　）所属施設での臨地実習の実施

　（　　）他施設で追加実習を行う場合の所属施設の承認と実習時間の確保（勤務調整を含む）

年　　月　　日

申請者（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設名