

(様式1)

| | |
|------|--------|
| 受験番号 | ※記載しない |
|------|--------|

受講願書

西暦 年 月 日

社会医療法人きつこう会

理事長 多根 一之 殿

ふりがな

申込者氏名(自署)

私は、多根総合病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて
出願します。

| 区分別科目 | 特定行為 | 選択に○を 入れて下さい。 |
|--|---|------------------|
| 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 ○創傷に対する陰圧閉鎖療法 | |
| 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。) | |
| 創部ドレーン管理関連 | ○創部ドレーンの抜去 | |
| 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 ○脱水症状に対する輸液による補正 | |
| 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 | |

(様式2)

| | |
|------|--------|
| 受験番号 | ※記載しない |
|------|--------|

カラー写真貼布
(4.5cm×4.5cm)
1 最近6か月以内に
撮影したもの
2 写真裏面に氏名を記入

履 歴 書

西暦 年 月 日 現在

| | |
|-------------|---------------------------|
| ふりがな 氏 名 | 性別 () 西暦 年 月 日生 (満 歳) |
|-------------|---------------------------|

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|----------------|------|---------|
| 現住所 | 〒 - | | | TEL () |
| 勤務先 | ふりがな 名 称 | | | |
| | 所在地 | 〒 - TEL () | | |
| | 職 種 | | 職 位 | |
| 免許 | (看護師) | 西暦 年 月 日 | 免許取得 | 号 |
| | (保健師) | 西暦 年 月 日 | 免許取得 | 号 |
| | (助産師) | 西暦 年 月 日 | 免許取得 | 号 |
| 学歴 | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | ※ 高等学校以上について記載してください。 | | | |
| 職歴 | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| | 西暦 年 月 | | | |
| ※ 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | | |
| 昨年度から今年 度に参加した講 習会・研修会等 | | | | |

| | |
|------------------|--|
| 所属施設内の 委員会活動等 | |
| 取得した資格（取得年月日含む） | |
| | |
| 所属学会 | |

(様式3)

| | |
|------|--------|
| 受験番号 | ※記載しない |
|------|--------|

受講志願理由書

西暦 年 月 日

氏名

【 志願理由 】

※ 枠内で記載してください。

(様式4)

| | |
|------|--------|
| 受験番号 | ※記載しない |
|------|--------|

推薦書

西暦 年 月 日

社会医療法人きつこう会

理事長 多根 一之 殿

機 関 名

職 位

推薦者(自署) 印

多根総合病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏 名 _____

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入して下さい。 】

貴機関での特定行為実習の可否 : 可 ・ 不可

- * 特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、特定行為研修指導者講習会をうけていることが条件です。
- * 指定研修機関(多根総合病院)との協力施設の申請が必要となります。

(様式5)

| | |
|------|--------|
| 受験番号 | ※記載しない |
|------|--------|

緊急連絡先

◆緊急連絡先

講義が変更になる等の重要なお知らせに限り、受講生の皆様へ携帯メールもしくは、携帯電話へご連絡いたします。

(注意事項)

携帯メールアドレスが間違っていますと連絡ができませんので、判読できるように大きく楷書でご記入ください。

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ふりがな 氏名 | |
| 携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入) | @ |
| 携帯電話番号 | — — |
| 上記以外で連絡のつく 電話番号・FAX番号 | (連絡先名) TEL : () FAX : () |

※この緊急連絡先の個人情報は、漏洩することないように管理いたします。