（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

受　講　願　書

西暦　　　年　　月　　日

（あて先）

社会医療法人きつこう会

理事長　小川　嘉誉　　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 | 選択に〇を  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 |  |

カラー写真貼布

（４．５㎝×４．５㎝）

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（　　　）  昭和・平成　　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　）　　昭・平　　　　年　　　月　　　日　　　免許取得　　　　　　　 　 　号 | | | | | | | |
| （　保健師　）　　昭・平　　　　年　　　月　　　日　　　免許取得　　　　　　　　 　号 | | | | | | | |
| （　助産師　）　　昭・平　　　　年　　　月　　　日　　　免許取得　　　　　　　　 　号 | | | | | | | |
| 学歴 | 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| ※　高等学校以上について記載してください。 | | | | | | | |
| 職歴 | 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　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 | | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（様式３）

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。

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（様式４）

推　薦　書

西暦　　　年　　　月　　　日

（あて先）

社会医療法人きつこう会

理事長　小川　嘉誉　　殿

機　　関

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　】

|  |
| --- |
|  |

貴施設での実習指導の可能性：　　　有　　　・　　　無

＊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、

指導医講習会をうけていることが条件です。

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

（様式５）

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、社会医療法人きつこう会看護師特定行為研修センターより受講生の皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

（注意事項）

1. 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。
2. 携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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（※携帯電話をお持ちでない方） | TEL　：  FAX　： |

※この緊急連絡先の個人情報は、シュレッダーにかけて破棄します。