

(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○を入れて下さい。
創傷管理関連	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 創傷に対する陰圧閉鎖療法	
腹腔ドレーン管理関連	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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

履 歴 書

西暦 年 月 日 現在

カラー写真貼布

(4.5cm × 4.5cm)

- 最近6か月以内に撮影したもの
- 写真裏面に氏名を記入

ふりがな
氏 名

性別 ()

昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)

現住所		〒 ー				
		TEL ()				
勤務先	ふりがな 名称					
	所在地	〒 ー				
		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	

(様式3)

※受験番号	
-------	--

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	
-------	--

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。

(様式5)

※受験番号	
-------	--

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。