社会医療法人緑泉会　米盛病院

年度 特定行為研修受講申請書類（記入見本）

様式番号	種別
様式 1	受講申請書
様式 2	履歴書
様式 3	推薦書
様式 4	受講動機
様式 5	連絡先届 ※緑泉会職員は、提出不要です。
様式 6	既修得科目履修免除申請書（履修免除を申請する場合のみ提出する。） ※特定行為研修の修了を証明する書類の写し、修了した研修内容、履修時のシラバスを同封すること。 ※なお、提出された書類は返却いたしません。
様式 7	特定行為実習に関する施設情報 ※パッケージ研修を希望する場合は、該当するパッケージ研修の書類を使用してください。 ※区分別研修を希望する場合は、区分別研修（選択用）の書類を使用してください。 ※緑泉会職員は、提出不要です。
―	看護師免許証の写し※ A4判に縮小の両面コピー（看護師免許の表裏） ※緑泉会職員は、提出不要です。
―	認定・専門看護師認定証の写し（対象者のみ、有効期限内のもの） ※緑泉会職員は、提出不要です。
―	受講審査料10,000円（消費税込み）の振込を確認できる書類の写し ※詳細に関しては、募集要項（13.出願提出書類）参照。 ※緑泉会職員は、不要です。

※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してください。

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

◆ 記入見本を参考に過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。
◆ 自署以外は、パソコンでの入力可。フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可。
◆ 年号はすべて西暦表記とすること。

2. 記入方法

申請書類	様式	記入方法と注意事項
1) 受講申請書	1	・氏名の記載は自署とする。
2) 履歴書	2	・書類作成日を記載する。 ・氏名は戸籍上の姓を記入する。 ・連絡先：携帯およびメールアドレスを記入する。 ・所属機関は正式名称を記載。 ・病床数は所属病院の許可病床数を記載する。 ・看護体制：〇〇病棟　看護配置人員：（例. 7:1など） ・認定看護師または専門看護師資格を取得している者は、それぞれ分野名、資格取得年、認定登録番号の写しを提出する。 ・職歴については、年月と〇〇病院〇〇病棟と記載する。 ・訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。 ・緑泉会職員は、証明写真は不要です。
3) 推薦書 （部門長または相当する職位を有している者の推薦書）	3	・氏名の記載は自署とする。 ・受講者を推薦する理由を記載する。 ・推薦者は部門長または相当する職位を有している者とする。
4) 受講動機	4	・自身のこれまでの看護実践活動の内容と受講に至った理由を、具体的に記載する。 ・特定行為研修修了後に考えている組織への貢献とチャレンジしたいことについて、具体的に記載する。
5) 連絡先届	5	・氏名の記載は自署とする。
6) 既修得科目履修免除申請書	6	・氏名の記載は自署とする。 ・履修免除を希望する「科目名」と、「研修修了機関」および「修了認定日」を記載する。 ※履修免除の申請を行わない場合は、提出は不要。
7) 特定行為実習に関する施設情報	7	・自施設に対象となる症例数が、特定行為毎に5症例以上あること。 ・自施設に特定行為区分の実習を行う同意を得ており、指導医がいること。 ・問い合わせ先は、直筆で記入してください。

申請チェックリスト

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

チェックリストで申請書類の有無を確認のうえ提出してください。

□	【本用紙】申請チェックリスト
□	【様式1】受講申請書
□	【様式2】履歴書
□	【様式3】推薦書
□	【様式4】受講動機
□	【様式5】連絡先届 ※緑泉会職員は提出不要です。
□	【様式6】既修得科目履修免除申請書 ※特定行為研修の修了を証明する書類の写し、修了した研修内容、履修時のシラバスを同封すること。 ※なお、提出された書類は返却いたしません。
□	【様式7】特定行為実習に関する施設情報 ※パッケージ研修を希望する場合は、該当するパッケージ研修の書類を使用してください。 ※区分別研修を希望する場合は、区分別研修（選択用）の書類を使用してください。 ※緑泉会職員は、提出不要です。
□	看護師免許証の写し　※ A4判に縮小の両面コピー（看護師免許の表裏） ※緑泉会職員は、提出不要です。
□	看護師向け賠償責任保険への加入 （※保険の名称は問わないが、特定行為に関する補償が明記されているもの）
□	認定・専門看護師認定証の写し（対象者のみ、有効期限内のもの） ※緑泉会職員は、提出不要です。
□	受講審査料10,000円（消費税込み）の振込を確認できる書類の写し （A4用紙に貼付し提出してください） 【受講審査料振込先】 銀行名　　鹿児島銀行　草牟田支店 普通口座　3003604 フリガナ　ヨネモリビョウインガクシュウシエンジムキョク 口座名義　米盛病院学習支援事務局 【振込依頼人名】 トクテイ　受講者氏名 ※既納の受講審査料に関しては、原則返還いたしません。 ※緑泉会職員は、振込不要です。

（様式　1）　　受付番号　記入不要

受　講　申　請　書

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修センター長　様

私は、下記の特定行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。

記

※ ①は、必須研修となりますので、〇をつけてください。ただし、履修免除の申請をする場合は、〇は不要です。
※ 領域別パッケージ研修を希望する者は、②、③、④、⑤のいずれか一つに〇をつけてください。
※ 区分別研修を希望する者は、⑥～⑰の中より選択し〇をつけてください。

選択番号	共通科目および領域パッケージ研修	研修時間数	選択
①	共通科目	250	
②	領域別パッケージ研修「集中治療領域」	76	〇
③	領域別パッケージ研修「救急領域」	82	
④	領域別パッケージ研修「外科系基本領域」	95	
⑤	領域別パッケージ研修「術中麻酔管理領域」	70	
⑥	区分別科目研修「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」	9	
⑦	区分別科目研修「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」	29	
⑧	区分別科目研修「循環器関連」	20	
⑨	区分別科目研修「栄養に係るカテーテル関連（中心静脈カテーテル管理）関連」	7	
⑩	区分別科目研修「創傷管理関連」	34	
⑪	区分別科目研修「創部ドレーン管理関連」	5	
⑫	区分別科目研修「動脈血液ガス分析関連」	13	
⑬	区分別科目研修「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」	16	
⑭	区分別科目研修「感染に係る薬剤投与関連」	29	
⑮	区分別科目研修「術後疼痛管理関連」	8	
⑯	区分別科目研修「循環動態に係る薬剤投与関連」	28	
⑰	区分別科目研修「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」	32	

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

西暦　20XX　年　X月　X日

氏名（自署）　米盛　太郎　米盛印

現住所　〒890-XXXX

鹿児島県鹿児島市〇〇XX－XX

TEL　（0XX）－　XXX　－　XXXX

認定・専門看護師資格　なし・（あり）（分野名　〇〇〇　）

（様式　2）

受付番号　記入不要

履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

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	フリガナ		男　・　女
	氏　名		
	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

フリガナ	カゴシマケンカゴシマシ○○	TEL （0XX)-XXX-XXXX
現住所	〒890-XXXX 鹿児島県鹿児島市○○XX－XX	携帯TEL 0X0-XXXX-XXXX E-mail（携帯メール以外） ○○@xx.ne.jp
フリガナ	シャカイイリョウホウジンリョクセンカイ ヨネモリビョウイン	施設概要
所属施設名	社会医療法人緑泉会　米盛病院	【病床数】　506 【看護体制】　7:1
所属施設 住　　所	〒890-0062 鹿児島県鹿児島市与次郎1丁目7番1号	TEL　099-230-0100 所属部署もしくは内線番号 （　　○○○○　　） FAX　099-230-01XX

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　19XX 年　○月　○日	○○○○　　号
認定看護師資格分野名 ○○○○　分野	認定看護師資格取得年 西暦　201○ 年　○月　○日	認定登録番号 ○○○○　　号
専門看護師資格分野名 ○○○○　分野	専門看護師資格取得年 西暦　201○ 年　○月　○日	認定登録番号 ○○○○　　号

職　歴

年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
		現在に至る

注１　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

（様式　3）

受付番号　記入不要

推　薦　書

受講者氏名　　米盛　太郎

推薦理由を記載する

※法人内受講者の場合、受講者が所属する部署の所属長が記載し看護部長へ提出する。
看護部長は推薦書の内容を確認し、許可する場合は推薦者氏名欄へ記載する。

※法人外受講者の場合、推薦書の記載に関しては、所属施設の取り決めに則り対応する。
ただし、推薦者氏名欄への記載は、病院長もしくは部門長とする。

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

西暦　20XX　年　○月　○日

施　設　名　社会医療法人緑泉会　米盛病院

推薦者職位　看護部長

推薦者氏名　山田　○○子　　山田印

（代表者は病院長や部門長など）

（様式　4）　　受付番号　記入不要

受講動機

1)　自身のこれまでの看護実践活動の内容と受講に至った理由を記載してください
2)　特定行為研修修了後に考えている組織への貢献とチャレンジしたいことを記載してください

注1　枠の調整は行わず1枚にまとめ、読めるフォント数とする。

注2　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

（様式　5）　　受付番号　記入不要

年　　月　　日

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修センター長　様

（申請者氏名）

連　絡　先　届

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修の選考及び受講決定後の手続きに関する連絡先について、下記のとおり届け出ます。
なお申請するにあたり、貴院が下記の情報を使用することに同意します。

記

1	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
2	連　絡　先　①	－　　－
3	メ　ー　ル　ア　ド　レ　ス	
4	選考結果通知書の送付先	〒　　－

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。
注2　連絡先には、日中（8時30分～17時15分）に連絡がつく連絡先をご記入ください。
注3　緑泉会職員は、提出不要です。

（様式　6）　　受付番号　記入不要

既修得科目履修免除申請書

年　　月　　日

社会医療法人緑泉会米盛病院

特定行為研修センター長　様

申請者氏名

私は、特定行為に係る看護師の研修制度において、以下の科目をすでに受講修了しているため、修了証の複製を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

履修免除を申請する既修得科目

科目名	研修修了認定機関	修了認定日
（共通科目） フィジカルアセスメント	○○特定行為研修センター	20○○年　○月　○日
（区分別科目） 呼吸器（気道確保）に係るもの関連	○○特定行為研修センター	20○○年　○月　○日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日

※特定行為研修の修了を証明する書類の写し、修了した研修内容、履修時のシラバスを同封すること。

※なお、提出された書類は返却いたしません。

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【集中治療領域パッケージ（6区分10行為）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	・経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	□	□
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	・侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 ・人工呼吸器からの離脱	□	□
循環器関連	・一時的ペースメーカーの操作及び管理	□	□
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	・中心静脈カテーテルの抜去	□	□
動脈血液ガス分析関連	・橈骨動脈ラインの確保	□	□
循環動態に係る薬剤投与関連	・持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 ・持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 ・持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【救急領域パッケージ（5区分9行為）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	・経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	□	□
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	・侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・非侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 ・人工呼吸器からの離脱	□	□
動脈血液ガス分析関連	・直接動脈穿刺法による採血 ・橈骨動脈ラインの確保	□	□
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	・脱水症状に対する輸液による補正	□	□
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	・抗けいれん剤の臨時の投与	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【外科系基本領域パッケージ（7区分7行為）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
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	・中心静脈カテーテルの抜去	□	□
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	□	□
創部ドレーン管理関連	・創部ドレーンの抜去	□	□
動脈血液ガス分析関連	・直接動脈穿刺法による採血	□	□
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	・脱水症状に対する輸液による補正	□	□
感染に係る薬剤投与関連	・感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	□	□
術後疼痛管理関連	・硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【術中麻酔管理領域パッケージ（6区分8行為）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	・経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	□	□
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	・侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・人工呼吸器からの離脱	□	□
動脈血液ガス分析関連	・直接動脈穿刺法による採血 ・橈骨動脈ラインの確保	□	□
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	・脱水症状に対する輸液による補正	□	□
術後疼痛管理関連	・硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	□	□
循環動態に係る薬剤投与関連	・持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【区分別研修（選択用）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	・経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	□	□
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	・侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・非侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 ・人工呼吸器からの離脱	□	□
循環器関連	・一時的ペースメーカーの操作及び管理 ・一時的ペースメーカーリードの抜去 ・経皮的心肺補助装置の操作及び管理 ・大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	□	□
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	・中心静脈カテーテルの抜去	□	□
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	□	□
創部ドレーン管理関連	・創部ドレーンの抜去	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	

（様式　7）　　受付番号　記入不要

特定行為実習に関する施設情報

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

【区分別研修（選択用）】

特定行為区分	特定行為	自施設に対象となる症例が、5症例以上ある	自施設に特定行為の実習を行う同意を得ており指導医がいる
動脈血液ガス分析関連	・直接動脈穿刺法による採血 ・橈骨動脈ラインの確保	□	□
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	□	□
感染に係る薬剤投与関連	・感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	□	□
術後疼痛管理関連	・硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	□	□
循環動態に係る薬剤投与関連	・持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 ・持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 ・持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 ・持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 ・持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	□	□
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	・抗けいれん剤の臨時の投与 ・抗精神病薬の臨時の投与 ・抗不安薬の臨時の投与	□	□

施設情報に関する問い合わせ先（研修生以外）

氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メールアドレス	