

(様式1)

出願申込書

西暦 年 月 日

社会医療法人仁愛会 理事長

(申込者)

住所：

ふりがな
氏名

印

自筆でサインをお願いします

私は、下記の社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 看護師特定行為研修の受講を希望し、
関係書類を添えて提出します。

記

下記の特定行為区分の受講を希望します。

受講を希望する、いずれか1つの特定行為区分 () 欄に○をつけて下さい

特定行為区分

1. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ()
2. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ()
3. ろう孔管理関連 ()
4. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ()

以上

※受験番号：

※欄は記入しないこと

(様式3)

| | |
|---------------|------------------------|
| 希望する 区分別科目 | () 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
| | () 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| | () ろう孔管理関連 |
| | () 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

希望する区分別科目 () 欄のいずれか1つに○をつけてください

志願理由書

西暦 年 月 日

氏名： 印

自筆でサインをお願いします

志願理由

| |
|--|
| |
|--|

※受験番号：

※欄は記入しないこと

(様式4)

| | |
|---------------|--------------------------|
| 希望する 区分別科目 | () 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連 |
| | () 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連 |
| | () ろう孔管理関連 |
| | () 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

希望する区分別科目 () 欄のいずれか1つに○をつけてください

推 薦 書

西暦 年 月 日

社会医療法人仁愛会 理事長 殿

機 関：

職 位：

推薦者：

印

直筆でサインをお願いします

貴指定機関の看護師特定行為研修の研修生として、次の者を推薦します。

氏 名：

推薦理由

| |
|---|
| <p>* 所属施設での実習希望 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 該当箇所に✓してください。</p> |
|---|

所属施設での実習は、医師の指導者が必要になります。医師の指導者は、指導医講習会を受講している等、条件があります。また、社会医療法人仁愛会 浦添総合病院の研修協力施設として、厚生労働省への申請が必要になります。

(様式5)

受験票

記入日：西暦 年 月 日

| | | |
|-------|------------|--|
| ※受験番号 | ※欄は記入しないこと | (写真貼付欄) ・3ヵ月以内撮影 ・上半身、無帽、 正面向、無背景 ・縦4cm×横3cm ・写真裏面に氏名記入 |
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |

| | |
|---------------|--------------------------|
| 希望する 区分別科目 | () 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連 |
| | () 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連 |
| | () ろう孔管理関連 |
| | () 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

希望する区分別科目 () 欄のいずれか1つに○をつけてください

(様式6)

受講申込チェックリスト

- * 各書類がそろっていることを確認し、チェックボックスに✓を入れて、このリストを同封の上、書類を提出してください。

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> (様式1) 出願申込書 |
| <input type="checkbox"/> (様式2) 履歴書 |
| <input type="checkbox"/> (様式3) 志願理由書 |
| <input type="checkbox"/> (様式4) 推薦書 |
| <input type="checkbox"/> (様式5) 受験票 |
| <input type="checkbox"/> (様式6) 受験申込チェックリスト (本紙) |
| <input type="checkbox"/> 看護師免許証 (写し) |
| <input type="checkbox"/> 看護職賠償責任保険への加入、または、加入予定 |
| <input type="checkbox"/> 受講審査料の納入 |

全てに不備がないことを確認しました。

署名

自筆でサインをお願いします