

(様式1)

出願申込書

西暦 20 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

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

下記の特定期行為区分の受講を希望します。

受講を希望する区分別科目、または、領域別パッケージ研修の（ ）欄に○をつけて下さい。

区分別科目

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（※） （ ）

領域別パッケージ研修

5. 領域別パッケージ研修 救急領域 （ ）

以上

（※）このマークの受講については、応募前お問い合わせください。
調整が必要な事項等があります。

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院
看護師特定行為研修 2025 年度研修生公募用

年	月	職 歴

年	月	免許・資格等（取得分野・名称等）
看護師	昭和・平成	年 月 日 免許取得（第 号）
保健師	昭和・平成	年 月 日 免許取得（第 号）
助産師	昭和・平成	年 月 日 免許取得（第 号）
認定看護師資格	なし ・ あり（分野： ）	

※受験番号：

(様式 3)

※欄は記入しないこと

希望する 区分別科目、または 領域別パッケージ 研修	() 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 (※) () 領域別パッケージ研修 救急領域 希望する特定行為区分 () 欄に○をつけてください。
-------------------------------------	--

(※) このマークの受講については、応募前にお問い合わせください。
調整が必要な事項等があります。

志願理由書

西暦 20 年 月 日

氏名：

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4-1)

希望する 区分別科目、または 領域別パッケージ 研修	() 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 (※) () 領域別パッケージ研修 救急領域 希望する特定行為区分 () 欄に○をつけてください。
-------------------------------------	--

(※) このマークの受講については、応募前にお問い合わせください。
調整が必要な事項等があります。

推薦書

社会医療法人仁愛会 理事長 殿

西暦 20 年 月 日

機 関：

職 位：

推薦者：

自筆でサインをお願いします

貴指定研修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：

1. 推薦理由

--

2. 受講期間中、予定している支援体制

--

3. 修了後、期待する活動 (構想等)

--

※受験番号：

※欄は記入しないこと

(様式4-2)

症例実習 予定施設確認書

社会医療法人仁愛会 理事長 殿

西暦 20 年 月 日

機 関：

職 位：

推 薦 者：

自筆でサインをお願いします

貴指定研修機関の看護師特定行為研修の研修生として、次の者を推薦するにあたり、
実習を行う予定の施設は、以下の通りです。

氏 名：

1. 実習を行う予定の施設リスト

実習を行う予定の施設の（ ）欄に○をつけてください。

※ 実習可能な関連施設とは、実習を受け入れる調整ができる施設のことです。

1) 所属施設 ()

2) 実習可能な関連施設 () 関連施設名：()

2. 上記の実習を行う予定の施設に関する情報

※指導者とは、臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講した医師
※領域別パッケージ研修「救急領域」は原則、指定研修機関内で実習を行う。

区分別科目の名称	選択する科目に ○を記入	4か月間で対象になる 症例が5例以上ある 場合、○を記入	指導者がいる場合、 ○を記入
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（※）			
⑤ 領域別パッケージ研修 救急領域 複数の区分別科目を 含みます（詳細は募集要項）			

（※）このマークの受講については、応募前にお問い合わせください。

調整が必要な事項等があります。

(様式5)

受験票

記入日：西暦 20 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、または 領域別パッケージ 研修	() 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 (※)
	() 領域別パッケージ研修 救急領域

希望する特定行為区分 () 欄に○をつけてください。
(※) このマークの受講については、応募前にお問い合わせください。
調整が必要な事項等があります。

(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4-1) 推薦書
<input type="checkbox"/> (様式4-2) 実習予定施設確認書 ※区分別科目を選択する場合
<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