

(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。





※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、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

西暦 20 年 月 日

社会医療法人仁愛会 理事長 殿

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