**独立行政法人国立病院機構東広島医療センター**

**2025年度 特定行為研修**

**受講申請書類一式**

（1）受講申請書（**様式1**）

（2）履　歴　書（**様式2**）

（3）志願理由書**（様式3）**

（4）推　薦　書**（様式4）**

「申請書類記入見本」を参照すること。

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すること。

**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人　国立病院機構

東広島医療センター　院長　様

私は、下記の独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター　特定行為研修を

受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 領域別パッケージ研修 | 外科術後病棟管理領域 |
|  | 区分別科目研修① | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | 区分別科目研修② | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | 区分別科目研修③ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
|  | 区分別科目研修④ | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | 区分別科目研修⑤ | 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 |

　　　　※受講を希望する区分に〇を記入してください。

　　　なお、区分別科目研修①～⑤の複数受講は可能ですが、領域別パッケージ研修と区分別科目研修①～⑤を同時に受講することはできません。

**（様式　2）**

**履　歴　書**

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

西暦　　　年 　月 　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 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　　　 年 　　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

**履　歴　書**

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

西暦　2025　年 4 月 1 日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | | | | 男　女 |
| 氏　名 | 山　田　　花　子 | | | | 印  山田 |
| 生年月日 | 西暦　1993　年　5　月　16　日生　（満　31　歳） | | | | |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | | | | | | TEL　0123-456-7890  携帯TEL　090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒123-0045  ○○県○○市○○町1丁目1-1 | | | | | |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン | | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院  ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒123-0065  ○○県○○市○○町2丁目2-2 | | | | | | TEL　0123-194-1110  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　　）  FAX　0123-194-1112 | |
| 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　2010 年　4　月　5　日 | | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載  感染管理認定看護師 | | | | | | 【取得年】  2017年 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | | ○○県立　○○高等学校 | | | | | 西暦 2007 年 3 月 卒業 | |
| 専門学歴 | | ○○県立　○○看護専門学校 | | | | | 西暦 2010 年 3 月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○県立○○病院  （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年）  現在に至る | | | | | 【期間】  2010年4月～ | | | |

**（様式　3）**

**志　願　理　由　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏　名

|  |
| --- |
|  |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

**（様式　4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人　国立病院機構

東広島医療センター　院長　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

|  |
| --- |
| 推薦理由 |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてくださ

