様式１

**受講申請書**

【亀田総合病院　特定行為研修】

私は、亀田総合病院 特定行為研修

　　・共通科目

　　・領域パッケージ・区分別科目

 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

（自署）　　　　　　　　　　　　　印

西暦 　　年 　　月 　　日　　生

現住所　　〒

TEL

様式２

**志望理由書**

**氏名**

|  |
| --- |
| **特定行為研修受講を希望した理由**　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**受講希望の領域別パッケージ、または区分に〇を付けてください（上限５区分まで）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望 | 特 定 行 為 区 分 名 |
|  | **在宅・慢性期領域パッケージ** |
|  | **外科術後病棟管理領域パッケージ** |
|  | **救急領域パッケージ** |
|  | **集中治療領域パッケージ** |
|  | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
|  | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 呼吸器関連(長期呼吸療法に係るもの)関連 |
|  | ろう孔管理関連 |
|  | 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 |
|  | 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型カテーテル管理）関連 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 創部ドレーン管理関連  |
|  | 動脈血液ガス分析関連  |
|  | 栄養及び水分に係る薬剤投与関連 |
|  | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
|  | 循環器関連 |
|  | 胸腔ドレーン管理関連 |
|  | 腹腔ドレーン管理関連 |
|  | 術後疼痛管理関連 |

様式３

**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 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） |
| フリガナ |  | 携帯TEL：E-mail： |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 勤務部署 |
| 所属施設名 | \*正式名称を記入すること |  |
| 所属施設住　　所 | 〒 | TEL |
| 職歴 | 施設名 | 職種 | 職務期間 |
|  |  | 西暦　　　年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  | 西暦　　　年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  | 西暦　　　年　　月　～　　　年　　月 |
| 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 |
| 認定看護師資格分野名　　　 　　 分野 | 認定看護師資格取得年西暦　 　　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　　 　年　　　月　 　日 | 認定登録番号号 |
| 看護協会賠償保険加入 | 有　（　加入：西暦　　　　　年　　　月）　　　　無 |
| 当院への通学手段など | 電車・バス・自家用車　　／　演習・実習時の宿泊予定　有・無 |

　様式４

**推薦書**

亀田総合病院院長

亀田俊明様

　　　　　　　　　　　を以下の理由により、貴院特定行為研修生として推薦致します。

（推薦理由）

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名