

応募要領

1. 研修受講資格（以下の条件をすべて満たしていること）

- 1) 日本国内の看護師国家試験における看護師免許を有する者
- 2) 看護師免許取得後、5年以上の看護師経験を有し、現在も看護師として勤務している者
- 3) 看護師賠償責任保険に加入している者
- 4) 所属施設長等の推薦書を有する者

2. 研修期間

- ① 在宅・慢性期領域パッケージ
令和7年6月2日（月）～令和7年12月26日（金）（7か月間）
- ② 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
令和8年1月6日（火）～令和8年3月19日（木）（2か月間）

3. 募集人員

- ① 在宅・慢性期領域パッケージ 3名
- ② 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 2名

4. 出願期間・試験日・試験科目・合格発表・入講手続期間

募集区分	①在宅・慢性期領域パッケージ ②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
出願期間	令和7年3月3日（月）～令和7年3月28日（金） 当日必着
試験日	令和7年4月17日（木）
試験科目	小論文試験、面接試験
合格発表	令和7年4月22日（火）
入講手続期間	令和7年4月24日（木）～令和7年5月9日（金） 当日必着

5. 出願手続き

1) 出願書類

- (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）
- (5) 看護師免許証（A4サイズに縮小した写）
- (6) 受験票及び受験写真票（写真1枚 パスポート規格（縦4.5cm×横3.5cm））
- (7) 返信用封筒
- (8) 履修免除申請書（様式5-1）、特定行為研修修了証の写
 - ・ 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）関連のみを受講する場合で共通科目の免除を申請する場合
 - ・ 在宅・慢性期領域パッケージを受講する場合には、共通科目の履修免除はできません。

2) 審査料 20,000円

- (1) 審査料は、募集要項で指定している「振込依頼書」を使用して振り込んで下さい。
- (2) 「ご依頼人」は、必ず申請者本人の氏名を記入して、銀行窓口へ提出して下さい。
なお、おなまえの頭に「特定行為」を印字していますので、その続きに記入して下さい。

- (3) 振込手数料は、ご依頼人の負担となります。
- (4) 「振込金受取書」をもって領収書に代えさせていただきますので、保管しておいて下さい。
- (5) 振り込みをされましたら「振込通知書（センター提出用）」を出願書類とともに郵送して下さい。

3) 出願書類の書き方

- (1) 受講申請書：(様式1)
 - 「申請者氏名（ふりがな）」は、本人が署名捺印して下さい。
- (2) 履歴書：(様式2)
 - ①年齢は、令和7年4月1日現在で記入して下さい。
 - 電話番号は、いつでも連絡が可能な番号をいずれか1つは記入して下さい。
 - ②学歴は、高等学校卒業から現在までをすべてお書き下さい。
 - 欄が不足する場合は、別紙に記載し、添付して一緒に提出して下さい。
 - ③職歴は、正確な施設名と在職の期間及び勤務場所の診療科を記入して下さい。
 - ④写真は、パスポート規格で6か月以内に撮影したもの（縦4.5cm×横3.5cmで顔中心の人物配置・正面・カラー）を貼付して下さい。
- (3) 志願理由書：(様式3)
 - ①「年月日」は記載日を記載し、「氏名」は本人氏名を記入して下さい。
 - ②「志願理由」は、臨床看護の経験を含めて、具体的な受講理由を記入して下さい。
- (4) 推薦書：(様式4)
 - ①所属施設長等が発行した書類を「厳封」にて準備して下さい。
 - ②「年月日」は、書類発行日を記入して下さい。
 - ③施設長等の「施設名」「職位」「推薦者氏名」を記入し、施設長等印の押印をお願いします。
 - ④「推薦理由」は、「看護実践能力、研修修了後の進路や期待される役割等」を具体的に記入して下さい。（注：開封すると無効になりますので、厳封のまま送付して下さい。）
- (5) 看護師免許証
 - ①看護師免許証（原本）をA4サイズに縮小した写を1枚提出して下さい。
- (6) 受験票
 - ①氏名（ふりがな）、生年月日を記入して下さい。
- (7) 受験写真票
 - ①「履歴書」に使用したものと同一写真を貼付して下さい。
 - ②氏名（ふりがな）、生年月日を記入して下さい。
- (8) 返信用封筒
 - ①受験票送付用封筒（所定封筒）に受験者の住所、氏名及び郵便番号を記入し、定形速達郵便額相当分（410円）の郵便切手を貼って下さい。
- (9) 履修免除申請書：(様式5-1)
 - ①「申請者氏名（ふりがな）」は、本人が署名捺印して下さい。
 - ②特定行為研修修了証の写を必ず添付して下さい。

4) 出願方法

出願に要する書類を一括して封筒に入れて、簡易書留郵送又は持参して下さい。
封筒の表の左側に「特定行為研修受講申請書在中」と朱書きして下さい。

5) 注意事項

- (1) 試験日の4日前になっても受験票がお手元に届かない場合には、下記へお問合せ下さい。
独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター 特定行為研修担当者
電話（代表）：0827-57-7151

- (2) 受験票送付用封筒の送付先は、確実に届く住所を記載して下さい。
- (3) 一旦納入された審査料及び提出書類は、返還することはできません。

6. 選考方法

小論文及び面接試験の結果並びに出願書類を総合的に評価し、合否判定基準に基づき判定します。

7. 試験会場及び時間

1) 試験会場：独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター

2) 時間割

試験科目	試験時間
受付 (30分)	9:10 ~ 9:40
オリエンテーション (10分)	9:40 ~ 9:50
小論文 (60分)	9:50 ~ 10:50
面接オリエンテーション (10分)	10:50 ~ 11:00
面接(原則、受験番号順に行います。)	11:00 ~ 終了まで

3) 試験に持参するもの

- (1) 受験票
- (2) 筆記用具 (HB 若しくは B の鉛筆又はシャープペンシルを準備して下さい。)
- (3) 昼食の準備 (持参が難しい方は、病院内の売店等が利用できます。)

4) 試験時の注意点

- (1) 試験中は、スマートフォンなどの携帯端末の電源を切り、鞆等に入れておいて下さい。
- (2) 試験中は、係員の指示に従って下さい。
- (3) 病院内の駐車場は使用できませんので、公共交通機関を利用して下さい。

8. 選考結果の発表

合格発表日：令和7年4月22日(火)

- 1) 同日付で、合否結果を本人及び推薦者の施設長等宛に通知文書を郵送します。
- 2) 電話での合否の問い合わせには応じられません。

9. 募集要項の請求等

- 1) 郵送を希望される場合は、下記問合せのメールアドレスに必要情報を入力し、請求して下さい。
送付先「郵便番号、住所、氏名」は正確に記載して下さい。
確認後に募集要項を郵送いたします。
- 2) 広島西医療センターの病院ホームページからもダウンロードできます。

10. その他

- 1) 入講後は、駐車場の利用は可能ですが、空きが無い場合や希望者多数の場合には、ご希望に沿えない場合があります。(費用は各自で負担していただきます。)
- 2) 提出された書類により得られた個人情報については、受講審査関連のために利用し、その他の目的には、一切使用いたしません。

11. 試験に関する書類の送付先および問合せ

〒 739-0696

広島県大竹市玖波 4 丁目 1 番 1 号

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター 特定行為研修担当者

電話（代表）：0827-57-7151

※平日（月～木）の 8 時 30 分～17 時 00 分までにご連絡下さい。

E-mail：508-tokuteikoui@mail.hosp.go.jp

(様式1)

※受験番号	
-------	--

受講申請書

令和 年 月 日

特定行為研修指定施設
独立行政法人 国立病院機構
広島西医療センター
院長 新甲 靖 殿

ふりがな
申請者氏名
(自署) 印

私は、下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願いたします。

記

募集区分		在宅・慢性期領域パッケージ
		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○を記入して下さい。

※欄は記入しないでください。

(様式2)

※受験番号

履 歴 書

令和 年 月 日現在

カラー写真貼付
(4.5cm×3.5cm)

- 1.上半身・正面6か月以内に撮影したもの
- 2.写真裏面に氏名を記入

ふりがな						
氏 名		性別 (女 ・ 男) 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)				
ふりがな						
現 住 所		(〒 -)				
電 話 番 号		自宅: ()		携帯: ()		
いずれかを必ず記入してください						
勤務先	ふりがな					
	名 称					
	ふりがな					
	所 在 地	(〒 -)	TEL:	()		
免 許	職 種					
	看護師免許	昭和・平成	年	月	日 免許取得 号	
	保健師免許	昭和・平成	年	月	日 免許取得 号	
学 歴	助産師免許	昭和・平成	年	月	日 免許取得 号	
	高等学校		年 月～ 年 月 (卒業・中退)			
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)			
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)			
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)			
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)			
高等学校卒業以降について記載してください。						
職 歴			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
施設名に加え、診療科と期間を記載してください。						

(女・男)、(卒業・中退)、昭和・平成の選択部分は、いずれかに○をつけてください。

※欄は記入しないでください。

<p>所属施設内の 委員会活動等</p>	
<p>これまでに取得した 医療・福祉関係の 免許資格</p>	<p>(看護師・保健師・助産師以外)</p>
<p>所属学会</p>	
<p>駐車場利用希望の有無</p>	<p>有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。)</p>

記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出してください。

※欄は記入しないでください。

(様式2)

※受験番号

記入例

履歴書

令和〇年4月1日現在

カラー写真貼付
(4.5cm×3.5cm)

- 1.上半身・正面6ヶ月以内に撮影したもの
- 2.写真裏面に氏名記入

ふりがな	ひろしまにしこ		
氏名	広島西子		性別(女・男) 昭和・平成 60年4月10日生(満36歳)
ふりがな	ひろしまけん〇〇〇〇し〇〇〇く〇〇〇ちょう		
現住所	(〒738-0001) 広島県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
電話番号	自宅: 082(200)9999 携帯: 090(1212)1111 いずれかを必ず記入してください		
勤務先	ふりがな	ひろしま〇〇〇〇びょういん	
	名称	広島〇〇病院	
	ふりがな	ひろしまけん〇〇し〇〇ちょう	
	所在地	(〒738-0002) TEL: 082(123)456 広島県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇	
職種	看護師	職位	副看護師長
免許	看護師免許	昭和・平成〇〇年4月5日免許取得	12345678号
	保健師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
	助産師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
学歴	広島県立△△△△ 高等学校	平成〇〇年4月~〇〇年3月(卒業・中退)	
	〇〇医療センター附属看護学校	平成〇〇年4月~〇〇年3月(卒業・中退)	
	〇〇大学通信	平成〇〇年4月~〇〇年3月(卒業・中退)	
		年 月~ 年 月(卒業・中退)	
	年 月~ 年 月(卒業・中退)		
高等学校卒業以降について記載してください。			
職歴	〇〇〇〇医療センター (内科病棟: 3年、外科病棟: 3年)	平成△△年4月~ △△年3月退職	
	〇〇〇医療センター (重心病棟: 5年)	平成△△年4月~ 年 月採用	
		現在に至る	
施設名に加え、診療科と期間を記載してください。			

(女・男)、(卒業・中退)、昭和・平成の選択部分は、いずれかに○をつけてください。

※欄は記入しないでください。

<p>所 属 施 設 内 の 委 員 会 活 動 等</p>	<p>平成◇◇年～××年 看護記録委員会 平成××年～ 感染対策チーム委員会 平成〇〇年～ 副看護師長会 平成〇〇年～ 実習指導者会</p>
<p>これまで取得した 医療・福祉関係の 免許資格</p>	<p>(看護師・保健師・助産師以外) 平成××年 呼吸療法認定士</p>
<p>所 属 学 会</p>	<p>平成△△年～ 日本がん看護学会</p>
<p>駐車場利用希望の有無</p>	<p>有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。)</p>

記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出してください。

※欄は記入しないでください。

(様式3)

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由 書

令和 年 月 日
氏名

臨床看護の経験を含めて具体的な受講理由と、臨床看護師としての自己課題を記載してください。

枠内に記載してください。パソコン入力する場合は、ホームページからダウンロードしてください。
※欄は記入しないでください。
フォントは「メイリオ 11pt」を使用してください。

(様式4)

※受験番号	
-------	--

推 薦 書

令和 年 月 日

特定行為研修指定施設
独立行政法人 国立病院機構
広島西医療センター
院 長 新 甲 靖 殿

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

貴院の看護師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		看護実践能力、研修修了後の進路や期待される 役割等を記載してください。
【推薦理由】		

枠内に記載してください。パソコン入力する場合は、ホームページからダウンロードしてください。
※欄は記入しないでください。
フォントは「メイリオ 11pt」を使用してください。

切り取り線

独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター
看護師特定行為研修

令和7年度 受験票

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 平成

1. 試験日時
令和7年4月17日(木)

受付 9:10 ~ 9:40
オリエンテーション 9:40 ~ 9:50
小論文 9:50 ~ 10:50
面接オリエンテーション 10:50 ~ 11:00
面接 11:00 ~

2. 試験会場
独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター

注 ※欄は記入しないでください

切り取り線

独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター
看護師特定行為研修

令和7年度 受験写真票

写真添付欄
1. 上半身正面脱帽 2. 縦4.5cm×横3.5cm 3. 6か月以内撮影

切り離さないでください

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 平成

(様式5-1)

※受験番号	
-------	--

履修免除申請書

特定行為研修指定施設
独立行政法人 国立病院機構
広島西医療センター
院長 新甲 靖 殿

私は、独立行政法人国立病院機構広島西医療センター 特定行為研修を受講するにあたり、入講前の既習科目の認定及び履修免除を認定していただきたく、ここに
関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

ふりがな
申請者氏名 (自署)

㊞