（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〇を記入して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※欄は記入しないでください。

（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履 歴 書 | | | | | | | カラー写真貼付  （4.5㎝×3.5㎝） |
| 令和　　年　　月　　日現在 | | | | | | |
| ふ り が な | |  | | | | | 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 |
| 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 | |
| メールアドレス | |  | | | | | |
| 勤務先 | ふ り が な |  | | | | | |
| 名 称 |  | | | | | |
| ふ り が な |  | | | | | |
| 所在地 | （〒 – ） | | | TEL： （　　　　　　） | | |
|  | | | | | |
| 職種 |  | | | 職 位 |  | |
| 免  許 | 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 | | | | | |
| 助産師免許 | 昭和・平成 年 月 日 免許取得 号 | | | | | |
| 学  歴 |  | | | 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） | | |
| 高等学校以上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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設内の  委員会活動等 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| これまでに取得した  医療・福祉関係の  免許資格 | （看護師・保健師・助産師以外） | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 所属学会 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 駐車場利用希望の有無 | 有　　・　　無　　　（いずれかを〇で囲んでください。） | |

　　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 | | | | | | カラー写真貼付  （4.5㎝×3.5㎝） |
| 令和　〇年　４月　１日現在 | | | | | |
| ふ り が な | | ひろしま にしこ | | | | 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 |
| 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 ○○○○し ○○○く〇〇○ちょう | | | | |
| 現住所 | | （〒 ７３８ – ０００1 ） | |  | | |
| 広島県 ○○市 ○○町 ○丁目 ○－○ | | | | |
| 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 | | | | |
| メールアドレス | | ○○○○○@△△△△△△ | | | | |
| 勤務先 | ふ り が な | ひろしま○○○○びょういん | | | | |
| 名 称 | 広島○○病院 | | | | |
| ふ り が な | ひろしまけん　○○し　○○ちょう | | | | |
| 所在地 | （〒 738 – 0002 ） TEL：082 （　　123　　）　456  広島県　○○市　○○町　○丁目 ○－○ | | | | |
| 職種 | 看護師 | | 職 位 | 副看護師長 | |
| 免  許 | 看護師免許 | 昭和・平成 ○○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○○年４月～○○年３月（卒業・中退） | | |
| 〇〇医療センター附属看護学校 | | | 平成○○年４月～○○年３月（卒業・中退） | | |
| 〇〇大学通信 | | | 平成○○年４月～○○年３月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年 月～ 年 月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年 月～ 年 月（卒業・中退） | | |
| 高等学校以上について記載してください。 | | | | | |
| 職  　　歴 | 〇〇〇〇医療センター | | | 平成△△年 ４ 月 ～ △△年 ３月 退職 | | |
| （内科病棟：３年、外科病棟：３年） | | |  | | |
| 〇〇〇医療センター | | | 平成△△年 ４月 ～ 年 月 採用 | | |
| （重心病棟：５年） | | |  | | |
| 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設内の  委員会活動等 | 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 |
|  |  |
|  |  |
| これまでに取得した  医療・福祉関係の  免許資格 | （看護師・保健師・助産師以外） | |
| 平成××年 | 呼吸療法認定士 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 所属学会 | 平成△△年～ | 日本がん看護学会 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 駐車場利用希望の有無 | 有　　・　　無　 （いずれかを〇で囲んでください。） | |

　　　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 |  | | 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。 |
| 氏名 |
| 【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

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

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８年度 受験写真票

令和８年度 受 験 票

切り離さないでください

写真添付欄

1．上半身正面脱帽

2．縦4.5㎝×横3.5㎝

3．6か月以内撮影

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 | **※** | | | |
| ふ り が な |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成 | 年 | 月 | 日 |

１.試験日時

　令和８年４月１６日（木）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験番号  写真貼付欄  1．上半身正面脱帽  2．縦 4.5㎝× 横 3.5cm  3．6ヵ月以内撮影 | **※** | | | |
| ふ り が な |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成 | 年 | 月 | 日 |

　 ９：１０ ～ 　９：４０

　 ９：４０ ～ 　９：５０

　 ９：５０ ～ １０：５０

　１０：５０ ～ １１：００

　１１：００ ～

受付

ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ

小論文

面接ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ

面接

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

（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）　　　　　　　　　　 ㊞