

※受験番号： _____
 ※は記入しないで下さい

受講申請書

年 月 日

医療法人澄心会
 岐阜ハートセンター
 院長 松尾仁司 殿

ふりがな
 申込者氏名（自署）

私は、下記の医療法人澄心会 岐阜ハートセンターにおける看護師特定行為
 研修を受講したく、関係書類を添えて出願します。

記

○	コース	特定行為区分名
	A) クリティカルケア領域呼吸管理 コース	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・動脈血液ガス分析関連
	B) 創傷管理関連コース	<ul style="list-style-type: none"> ・創傷管理関連 ・創部ドレーン管理関連
	C) 栄養及び水分管理関連コース	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	D) ドレーン管理コース	<ul style="list-style-type: none"> ・心嚢ドレーン管理関連 ・胸腔ドレーン管理関連 ・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 ・創部ドレーン管理関連
	A) + C)	上記参照
	A) + D)	上記参照
	B) + C)	上記参照
	B) + D)	上記参照

※受験番号：_____

※は記入しないで下さい

履 歴 書

(西暦) 年 月 日 現在

フリガナ		性別	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 写真 (縦 4.5cm×横 3.5cm) 1.最近 6 か月以内に撮影したもの 2.本人単身首から上 3.裏面に氏名を記入し、糊付けする </div>	
氏名	印	男 女		
生年月日	(西暦) 年 月 日	(満 歳)		
フリガナ		電話：	携帯： E-mail：	
現住所	〒 (-)			
勤務先	フリガナ			
	施設名			
	所在地	〒 (-)		
	施設長名		所属部署	
	職種		職位	
免許	看護師	(西暦) 年 月 日取得	登録番号	号
	助産師	(西暦) 年 月 日取得	登録番号	号
	保健師	(西暦) 年 月 日取得	登録番号	号
	専門看護師	(西暦) 年 月 日取得	特定分野： 登録番号	号
	認定看護師	(西暦) 年 月 日取得	認定分野： 登録番号	号
学歴	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
	昭和・平成	年	月	
※高等学校以上について記載してください。				

※受験番号：_____

※は記入しないで下さい

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	
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	
※施設名、診療科を記載してください。		
所属施設内の 教育歴 ※ラダー等含む		
所属施設での 委員会活動等		
これまでに 取得した 医療関連の資格		
研修受講歴 (5 日以上)		
所属学会		

※受験番号：_____

※は記入しないで下さい

推薦書				
フリガナ 氏名		男・女	生年月日	
推薦の理由を本学研修の目的・特徴と関連させてご記入ください				
その他、資格・特技等				
医療法人澄心会 岐阜ハートセンター院長 殿			年	月 日
施設名				
役職				
推薦者				

※受験番号： _____

※は記入しないで下さい

志望動機

医療法人澄心会 岐阜ハートセンター院長 殿

年 月 日

志望に至った経緯とその理由

あなたの大切にしている看護観

署名

受験票作成要領

1. 官製はがき又は私製はがきを用意してください。
2. 私製はがきの場合は 63 円切手を貼ってください。
3. はがき表面に受験票の宛先（郵便番号、住所、氏名）を記載してください。
※はがき表面の様の記載を宛や行などへ訂正しないでください。
4. はがき裏面の希望する受験区分に○を書き、氏名、フリガナを記載してください。
5. はがき裏面の※受験番号は記載しないでください。
6. 点線に沿って切り取り、ハガキに貼り付けてください。
7. 顔写真は貼らないでください。
※申し込み後、受験票が郵送でお手元に届いた後に写真を貼り、受験当日に持参してください

受験票様式（はがき表面）

〒 住所	
氏名 様	
試験日時	2022年8月17日（水曜日）
受付時間	13：00
試験会場	医療法人澄心会 岐阜ハートセンター
(差出人) 医療法人澄心会 岐阜ハートセンター 看護師特定行為研修管理委員会 〒500-8384 岐阜県岐阜市藪田南 4-14-4 TEL 058-277-2277	

受験票様式（はがき裏面）

看護師特定行為研修受験票	
受験区分	A)クリティカル領域呼吸管理コース
	B)創傷管理関連コース
	C)栄養及び水分管理関連コース
	D)ドレーン管理コース
	A)+C)
	A)+D)
	B)+C)
	B)+D)
※受験番号	
フリガナ 氏名	

1. 受験当日は、必ず本票に写真を貼り付けた後に受付してください。
2. 受験当日は、鉛筆（HB か 2B）消しゴムを必ず持参してください。

(写真欄)

写真は、申込前6ヶ月以内に撮影した上半身・正面・無帽のもの
大きさは縦4.5cm×横3.5cm

※受験番号：_____

※は記入しないで下さい

履修免除願

医療法人澄心会 岐阜ハートセンター院長 殿

このたび看護師特定行為研修受講にあたり、既に履修し合格した科目がありますので、下記の項目について、履修の免除をお願いします。

年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
現住所	〒		
電話	() -		
履修免除 を申請す る科目名			

1. 必ず科目の履修合格を証明する文書を同封してください。
2. 受付期間は7月1日から7月29日必着です。