**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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 |

履　歴　書

（西暦）　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 写真（縦4.5cm×横3.5cm）1.最近6か月以内に撮影したもの2.本人単身旨から上3.裏面に氏名を記入し、糊付けする |
| 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。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　講　申　請　許　可　書**

**（受講同意書）**

受講生氏名　　　　　　　　　　　印

上記の者が、医療法人澄心会 岐阜ハートセンター　特定行為研修の受講申請することを許可します。

また、上記の者が、医療法人澄心会 岐阜ハートセンター　特定行為研修に受講が決定した場合には、受講することを認めます。

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

 施設名

 代表者職位

代表者氏名 　　　　　　　　　　印

（代表者は病院長などの施設管理者）

|  |
| --- |
| **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 |
|  |
| 年　　　月　　　日医療法人澄心会　岐阜ハートセンター院長　殿施設名役職推薦者 |

**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 |
|  |
| あなたの大切にする看護観 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

1. はがき裏面の希望する受験区分に〇を書き、氏名、フリガナを記載してください。
2. はがき裏面の※受験番号は記載しないでください。
3. 点線に沿って切り取り、ハガキに貼り付けてください。
4. 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）　　　　　　　　　　　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 |  |

|  |
| --- |
| （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3.5㎝ |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 試験日時 | 2024年7月29日（月曜日） |
| 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　岐阜県岐阜市薮田南4-14-4　　　　　　　　　　TEL　058-277-2277 |

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、筆記用具を必ず持参してください。

緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講開始日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 性別 | 住居区分 | 自宅（ 同居 ・ 独居 ）賃貸（ 同居 ・ 独居 ）その他（ 　　　　　 　） |
| 氏名 |  | 男女 |
| フリガナ |  |
| 現住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　― |
| 携帯　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　― |
| 緊急連絡先1 | フリガナ |  | 本人との関係 | 同別居 |
| 氏名 |  |  | 同居　・　別居 |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　　― |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 緊急連絡先2 | フリガナ |  | 本人との関係 | 同別居 |
| 氏名 |  |  | 同居　・　別居 |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　　― |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 家族構成 | 続柄 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | 職業 |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |

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19日必着です。