

※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	・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

(西曆) 年 月 日 現在

[illegible]

※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

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)

※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

※受験番号：_____

※は記入しないで下さい

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 85 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	2025 年 7 月 31 日（木曜日）
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、筆記用具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 4.5 cm ×
横 3.5 cm

[illegible]

※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	() ー		
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 18 日必着です。