**独立行政法人国立病院機構仙台医療センター**

2023年度 特定行為研修

受講申請書類一式

（1）受講申請書（**様式選1**）

（2）履歴書（**様式選2**）

（3）志願理由書**（様式選3）**

（4）推薦書**（様式選4）**

(5) 実習施設情報**（様式選5）**

　(6) 受験票**（様式選６）**

　(7) 写真票**（様式選７）**

　(8) 受講審査料振り込み領収書の複写を貼る台紙**（様式選８）**

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |

**（様式　選１）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人国立病院機構

仙台医療センター院長　　　様

私は、独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター特定行為研修を受講いたしたく、　　　ここに関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

受講を希望する特定行為区分名の番号に〇を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 募集する区分別科目名 | 特定行為名 |
| 1 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 気管カニューレの交換 |
| ２ | 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 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| ３ | 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 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |
| ４ | 創傷管理関連 | １）褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない  壊死組織の除去 |
| ２）創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| ５ | 動脈血液ガス分析関連 | １）直接動脈穿刺法による採血 |
| ２）橈骨動脈ラインの確保 |
| ６ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | １）持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| ２）脱水症状に対する輸液による補正 |
| ７ | 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与 |
| ８ | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗がん剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |

**（様式　選2）**

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

6ヵ月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　　　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　 　　　月　　　 　　日生　　（満　　　　　歳） | | | |
| ふりがな |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得年月日 | | | 保健師　西暦　　　 年 　 月 　　日 | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　　 年 　　月 　　日 | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　　 年 　　月 　　日 | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 資 格 名 称 | | | | | | | 取 得 日 | |
| 専門看護師 | |  | | | | | 西暦　　　 　年　　 月　　 日 | |
| 認定看護師 | |  | | | | | 西暦　　　 　年　　 月　　 日 | |
| 特定行為研修 | |  | | | | | 西暦　　　　 年　　 月　　 日 | |
|  | |  | | | | | 西暦　　　　 年　　 月　　 日 | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴（最終学歴） | | |  | | | | 西暦　　 年　　　月卒業 | |
| 専門学歴 | | |  | | | | 西暦　 　 年　 月卒業( 　) | |
|  | | | | 西暦　　 年　 月卒業(　 ) | |
|  | | | | 西暦　　 年　 月卒業(　 ) | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | | 【勤務期間】 | | |

※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |

**（様式　選2）**

**記 入 見 本**

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)6

6ヵ月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　2023　年 4 月 1日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | みやぎの　　こはぎ | | | 男　女 |
| 氏　名 | 宮城野　　　小萩 | | | 印  宮城野 |
| 生年月日 | 西暦　1986　年　5　月　16　日生　（満　37 歳） | | | |
| ふりがな | 〇〇けん○○し○○ちょう | | | | | TEL　　　　022-246-7890  携帯TEL　090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒983-8520  ○○県○○市○○町1丁目1-1 | | | | |
| ふりがな | ○○しりつ○○びょういん | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○市立　○○病院 ＊正式名称を記入すること | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒983-8500  ○○県○○市○○町1丁目2-2 | | | | | TEL　022-243-1111  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　　）  FAX　022-243-1112 | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　2012年　3　月　 25日 | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | |
| 資 格 名 称 | | | | | | 取 得 日 | |
| 認定看護師 | | ○○認定看護師 | | | | 西暦　　　　 年　　月　　日 | |
| 専門看護師 | | ○○専門看護師 | | | | 西暦　　　　 年　　月　　日 | |
| 特定行為研修 | | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | | | | 西暦　　　　 年　　月　　日 | |
|  | |  | | | | 西暦　　　　 年　　月　　日 | |
| 学 歴 | | | | | | | |
| 一般学歴（最終学歴） | | ○○県立　○○高等学校 | | | | 西暦 2008 年 3 月 卒業 | |
| 専門学歴 | | ○○大学　○○学部看護学科 | | | | 西暦 2012 年 3 月 卒業 | |
| ○○大学　大学院医学系研究科看護学専攻 | | | | 西暦 2014 年 3 月 卒業(修了) | |
|  | | | |  | |
| 職　歴 | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○市立○○病院 外科病棟  　　　　　　　　　 脳神経内科病棟 | | | | | 【勤務期間】  　　年　　月　～　　　年　　月　（　　年）  　　年　　月　～　　　現在 | | |

　※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |

**（様式　選3）**

**志　願　理　由　書**

西暦　　　　　 年　　　 月　　　 日

氏　名

|  |
| --- |
| （臨床における看護の経験を含め、具体的な受験理由と臨床看護師としての自己課題を記入してください。） |

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |  |

**（様式　選4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

仙台医療センター　院長　様

施設名

　　　　　　　　　　　　　　 職　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の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：

|  |
| --- |
| 推薦理由（看護実践能力、受講修了後の進路や期待される役割等を記入してください。） |

**（様式　選5）**

**実習施設情報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **施　設　名　称** |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ | 実習施設がない |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分別科目の名称** | **実習を行う**  **施設**  (※上記リストから番号を記入する) | **2か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入** | **指導者\*が　いる場合、○を記入** |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 創傷管理関連 |  |  |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |  |  |  |

＊指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師、

　 特定行為指導者講習会を修了した医師

※印は記入しないでください。

（様式選７）

（様式選６）

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

2023年度特定行為研修　受講者選考試験

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

2023年度特定行為研修　受講者選考試験

写 真 票

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦  　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日生 |

受 験 票

切り取らない

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦  　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日生 |

※印は記入しないでください。

写真貼付欄

1．正面上半身脱帽

2．40×30ｍｍ

3. 6か月以内に

　（様式選８）

**受講審査料振り込み領収書の複写を貼る台紙**

枠内にのりで貼付してください