

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

2025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。

(様式 選1)

※受験番号	
-------	--

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

ふりがな
申請者氏名(自署) 印

受講を希望する特定行為区分名の番号に○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

※欄は記入しないこと

(様式 選2)

※受験番号	
-------	--

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
現住所	〒	携帯TEL
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
(様式 選2)

記入見本

※受験番号

履歴書

西暦 2024 年 1 月 1日現在

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

ふりがな	みやぎの こはぎ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	宮城野 小萩	<input checked="" type="radio"/> 宮城野
生年月日	西暦 1986 年 5 月 16 日生 (満 37 歳)	

ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう	
現住所	〒983-8520 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1	TEL 022-246-7890 携帯TEL 090-1234-5678
ふりがな	〇〇いりょうほうじん〇〇びょういん	
所属施設名	〇〇医療法人 〇〇病院 と	*正式名称を記入するこ
所属施設 住所	〒983-8500 〇〇県〇〇市〇〇町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	〇〇〇〇〇〇 号
資格取得		
資格名称		取得日
認定看護師	〇〇認定看護師	西暦 年 月 日
専門看護師	〇〇専門看護師	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)	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2008 年 3 月 卒業
専門学歴	〇〇大学 〇〇学部看護学科	西暦 2012 年 3 月 卒業
	〇〇大学 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】	〇〇市立〇〇病院 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

(様式 選3)

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由 書

西暦 年 月 日

氏 名

(臨床における看護経験を含め、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。)

(様式 選4)

※受験番号	
-------	--

推 薦 書

西曆 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、研修修了後、期待される役割等を記入してください。)

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			

*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であること。

(様式選6)

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター
2025年度特定行為研修 受講者選考試験

受験票

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生

※印の箇所は記入しないでください。

(様式選7)

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター
2025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

※印は記入しないでください。

写真貼付欄

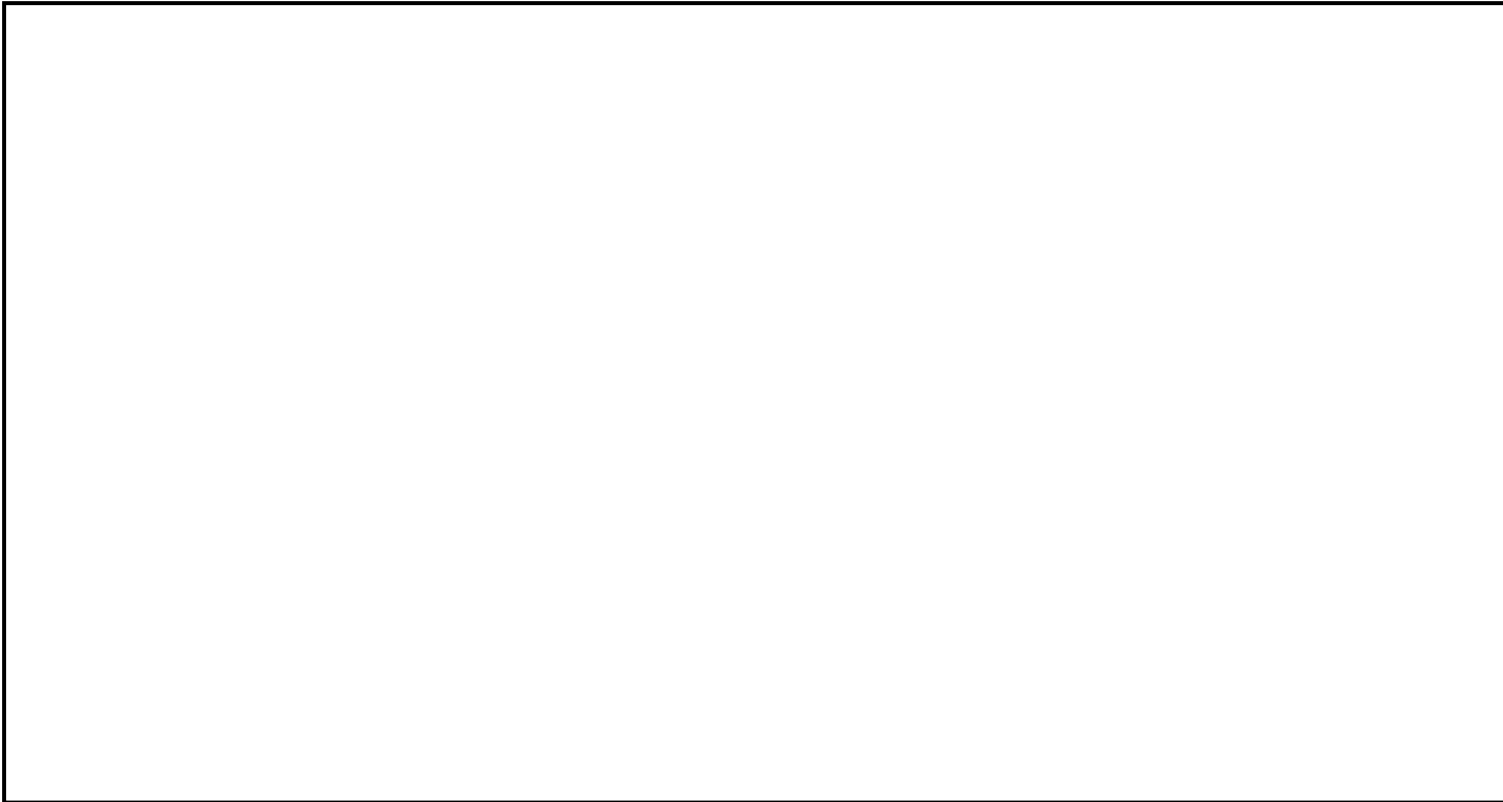
1. 正面上半身脱帽
2. 40×30mm
3. 6か月以内に

切り取らない

(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

A large, empty rectangular box with a black border, intended for pasting a receipt copy. The box is centered on the page and occupies most of the lower half of the document.