

(様式1)

受講願書

公益社団法人 愛知県看護協会

会長 様

私は、公益社団法人愛知県看護協会特定行為研修を受講したく、
ここに関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

ふりがな

現住所

(〒 -)

TEL

自署で記入

ふりがな

氏名(自署)

印

令和 年 月 日生

(様式2)

履 歴 書

写真貼付
(4.5cm×3.5cm)
写真裏面に記名

(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	〒 ー	自宅 携帯 (e-mail)
ふりがな		
所属機関名		【病床数】 床
設置主体		(TEL)
所属機関住所	〒 ー	(FAX)
免許取得年月日	(保健師) 西暦 年 月 日 号	
	(助産師) 年 月 日 号	
学歴 ※高等学校以上について記載	(看護師) 年 月 日 号	看護職免許取得日、 学歴、認定看護師教育課程修了の情報
	認定看護師 (号	
認定看護師教育	専門看護師 (号	
	西暦 年 月 ~ (西暦 年 月 ~ (西暦 年 月 ~ (西暦 年 月 ~ 年 月 (
	修了年 西暦 年 月 修了 教育機関名 ()	

(様式3)

実務経験書

1. 看護師実務経験

年	月		年	月	期間 (月数)	所属施設名	部署	職位	実務経験内容
		~							脳神経外科病棟で勤務
		~							地域包括ケア病棟で主に退院調整を担当
		~							NST専従として勤務
		~							
					①合計				

看護師として経験した施設、期間、実務経験の内容を記入

2. 社会における活動（所属学会）

所属学会等	〇〇学会所属

所属学会等があれば記入

(様式4)

志 願 理 由 書

令和 年 月 日

氏名 (自署)

印

※研修の志願理由及び研修修了後の抱負について800字以内で記入して下さい
(最後に文字数を記入してください)

(文字数 字)

800 字以内

区分別実習施設情報

氏名： _____

1. 区分別科目実習(栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連)を行う施設に関する希望
当協会の特定行為研修は研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考え、自施設実習を推奨しています。

希望に○印		施設名称
①	自施設実習	
②	実習可能な 関連施設	
③	他施設実習	実習施設がない

①、②、③のいずれかに○印

2. 施設情報

1. において①又は②を選

当てはまる 場合に○印	施設の要件
	実習点滴中に各特定行為の症例が5症例以上ある ※ 特定行為名：脱水症状に対する輸液による補正 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	指導者がいる ※指導者とは臨床経験が7年以上で「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

①、②の場合は両項目にあてはまる
ことが条件

(様式6)

公益社団法人愛知県看護協会
特定行為研修

写真票		※ 受験番号	
ふりがな 氏名			
看護師特定行為研修 (区分別科目) 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入 し貼付して ください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

公益社団法人愛知県看護協会
特定行為研修

受験票		※ 受験番号	
ふりがな 氏名			
看護師特定行為研修 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
所属施設		写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入 し貼付して ください。	
施設名			
所在地(都道府県のみ)			

履歴書と同じ
大きさの写真

振込明細書を
添付

受講審査料
振込明細書貼付欄
(コピー可)