**愛知県看護協会**

**令和4年度秋期看護師特定行為研修**

**受講審査（二次）手続提出書類一式**

1. 受講願書（様式１）
2. 履歴書（様式２）
3. 実務経験書（様式３）
4. 志願理由書（様式４）
5. 写真票、受験票、受講審査料振込明細書兼受領証のコピー（様式５）

|  |
| --- |
| 記入上の注意事項は、公益社団法人愛知県看護協会ホームページ（http://www.aichi-kangokyokai.or.jp/）特定行為研修サイトをご参照ください。記載に不備な点がある場合は受講できませんのでご注意ください。 |

|  |
| --- |
| 記入いただいた個人情報は、受験資格要件の確認、および応募状況の統計処理のために利用いたします。 |

（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で開講される特定行為研修の履修

内容を理解した上で、受講希望し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

 　　現 住 所

 　　（〒　　　－　　　）

 　　ＴＥＬ

 ふりがな

 　　　 氏　名（自署） 　印

 　　　 西暦 　 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)　自宅　携帯(e-mail) |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| ふりがな |  |  |
| 所属機関名 |  | 【病床数】　　　　　　　　　　　床 |
| 設置主体 |  | (TEL)(FAX) |
| 所属機関住　所 | 〒　　　－ |
| 免許取得年月日 | （保健師）　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　 号（助産師）　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号（看護師）　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号 |
| 学歴※高等学校以上について記載 | 西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の資格 | （　　）認定看護師（　　　　　　　　　　　分野）　取得年月日（　　）専門看護師（　　　　　　　　　　　分野）　取得年月日（　　）その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **実務経験書**氏名：　　　　　　　　　　　　　　１．看護師実務経験　※2022年5月31日時点で記入する |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 実務経験内容 |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ①合計 |  |  |  |  |  |
| ２．社会における活動（所属学会） |
| 所属学会等 |  |
|  |
|  |
|  |

（様式４）

（様式３）

**志願理由書**

西暦　　　　　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）

（様式５）

|  |
| --- |
|  |
| 公益社団法人愛知県看護協会令和４年度秋期特定行為研修（二次） |
| 写真票 | ※受験番号 |  |
| ふりがな |
| 氏　　名 |
| 受講コース（　　）在宅・慢性期コース　選択有・無（　　）慢性疾患管理コース　選択有・無 |
| 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　令和４年度秋期特定行為研修（二次） |
| 受験票 | ※受験番号 |  |
| ふ ふりがな |
| 氏　　名 |
| 受講コース（　　）在宅・慢性期コース　選択有・無（　　）慢性疾患管理コース　選択有・無 |
| 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） |
|  |
|  |

受講審査料

振込明細書貼付欄

（コピー可）