**公益社団法人愛知県看護協会**

**令和６年度秋期看護師特定行為研修**

**受講審査手続提出書類一式**

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貼付欄（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（httpｓ://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験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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号

**受　講　願　書**

公益社団法人 愛知県看護協会

課程長　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

理解した上で受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

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

西暦　　　　年 月 日

ふりがな

現 住 所

（〒　　　－　　　）

ＴＥＬ

ふりがな

氏　名（自署）

西暦　　　　年　　月　　日生

（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号

**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 |  |
| 氏　名 | （自署） |
| 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 |  | 施設概要（※該当する施設のみ記載）【病床数】　　　　　　　床【看護体制】　　　　　対 １ |
| 所属機関名 |  |
| ふりがな |  |
| 設置主体 |  |
| ふりがな |  | TEL（　　　）　　　　－　　　所属部署もしくは内線番号（　　　　　　　　　） |
| 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）　西暦　　　　年 月　　　日　　　　　　　　　　　号（看護師）　西暦　　　 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）　　　年　　月　　日取得（　）専門看護師（　　　　　　　　　　　分野）　　　年　　月　　日取得（　）その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号

**実務経験書**

看護師実務経験　※2024年3月31日時点で記入する

|  |
| --- |
| (西暦で記入) **実務研修期間及び実務研修施設名****（所属施設名、所属部署名、職位：１ 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに〇印）** |
| 年 月～ 年 月（　　か月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　 　年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| **合計** | **か月間（　　　　年　　　か月）** |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【教育機関チェック欄】

□看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしていること（☑のない場合は下記項目を確認する）

□開講時点で、通算５年以上実務研修をしていること

（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号

**志願理由書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏名（自署）

※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６年度秋期特定行為研修 |
| 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６年度秋期特定行為研修 |
| 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）