

(様式1-1)

記入例

記入日： 令和 ○年 ○月 ○日

## ○○年度 看護師特定行為研修受講願書

順天堂大学医学部附属静岡病院  
院長 佐藤 浩一 殿

私は、下記の順天堂大学医学部附属静岡病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えてお願いいたします。

ふりがな 氏名(自署)	じゅんてん しずこ 順天 静子	職員番号 (院内のみ)		
所属施設	順天堂大学医学部附属静岡病院	役職	スタッフ	
部署	○○病棟			
希望項目に ○印をつける	共通科目	○	共通科目	
	区分別 科目			呼吸器(気道確保に係るもの)関連
				呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)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
				創部ドレーン管理関連
				血糖コントロールに係る薬剤投与関連
			精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	
	領域別 パッケージ			術中麻酔管理領域パッケージ 【他区分、1科目まで併用選択可】
			救急領域パッケージ 【他区分、1科目まで併用選択可】	
○			集中治療領域パッケージ 【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連のみ併用選択可】	
審査料 (20,000円)	院内納付者用		(銀行振込の場合)振込明細書コピー添付欄	
	会計課で納付下さい。  領収印		審査料振込先： 銀行名 スルガ銀行 伊豆長岡支店 口座名義 順天堂大学医学部 口座番号 普通 555  受験者本人名義でお 振込手数料は、ご本	

共通科目など、免除する科目がある場合は、様式4を合わせてご提出ください。  
共通科目の履修実績なしに区分別科目だけの選択はできません。

振込で支払った場合は、振込明細書のコピーを貼り付けてください。

※受験番号： \_\_\_\_\_

(様式1-2)

記入例

記入日： 令和 ○年 ○月 ○日

## 志望理由書

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長 佐藤 浩一 殿

所属： 順天堂大学医学部附属静岡病院

部署： ○○病棟

役職： スタッフ

氏名： 順天 静子

印

下記のとおり、順天堂大学医学部附属静岡病院 看護師特定行為研修を受講志望いたします。

志望理由

※は記入しないで下さい。

※受験番号： \_\_\_\_\_

(様式2)

記入例

記入日： 令和 ○年 ○月 ○日

## 推薦書

順天堂大学医学部附属静岡病院  
院長 佐藤 浩一 殿

【推薦者】

所属： 順天堂大学医学部附属静岡病院

部署： 看護部

役職： 看護部長

氏名： 特定 伊豆子

印

順天堂大学医学部附属静岡病院 看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

受講志願者氏名	
推薦理由	看護部長又は同等の職位の所属長が記載してください

※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。

※は記入しないで下さい。

(様式3-1)

# 履 歴 書

記入例

カラー写真貼付  
縦36～40mm  
横24～30mm

2023 年 10 月 25 日現在

ふりがな	じゅんてん しずこ		
氏名	順天 静子		
生年月日	1989 年 10 月 1 日生 (満 ×× 歳)	性別	女
現住所	〒 410 - 000× 静岡県〇〇市〇〇町 1-2-3 □□マンション 501		
連絡先	自宅	012 - 345 - 6789	携帯 090 - 0000 - 0000
	メール	s-j〇〇〇 @ juntendo.ac.jp <small>※ ゼロとオー、ハイフンとアンダーバー等、明瞭に記載のこと 当院受講生は、Juntendo mailを記載</small>	
勤務先	ふりがな	じゅんてんどうだいがくいがくぶふぞくしずおかびょういん	
	施設名称	順天堂大学医学部附属静岡病院	
	所在地	〒 410 - 2295 静岡県伊豆の国市長岡1129	
		電話	055 - 948 - 3111
	職種	看護師	職位 スタッフ
免許	(看護師)	2012 年 4 月 〇〇 日 免許取得 第 01234567 号	
	(保健師)	2012 年 4 月 〇〇 日 免許取得 第 123456 号	
	(助産師)	年 月 日 免許取得 第 号	
学歴	2005 年 4 月	〇〇高等学校 入学	
	2008 年 3 月	〇〇高等学校 卒業	
	2008 年 4 月	〇〇大学 看護学科 入学	
	2012 年 3 月	〇〇大学 看護学科 卒業	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
職歴	2012 年 4 月	〇〇大学附属△△病院 入職	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※ 西暦で記載のこと ※ 学歴、職歴は、高等学校以上について記載のこと

※は記入しないで下さい。

(様式3-2)

氏名： 順天 静子

<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">記入例</div> <p>所属施設での 委員会活動等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2015年4月 ～ 2016年3月    ○○委員会</li> <li>・2016年4月 ～ 2017年3月    ○○委員会</li> <li>・2018年4月 ～ 2019年3月    ○○担当</li> </ul>
<p>医療関連の資格</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2017年    ○○学会    ○○取得</li> <li>・2018年    院内認定    ○○取得</li> <li>・2019年    ○○病院    △△課程    □□修了</li> </ul>
<p>所属学会</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・○○学会</li> </ul>

(様式4)

記入例

令和      年      月      日

## 履 修 免 除 願

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長 佐藤 浩一 殿

申請者氏名： \_\_\_\_\_

私は、以下のとおり、特定行為研修指定教育機関において、既に修了している科目がある為、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請します。

履修済	科目	履修した教育機関名称	修了認定日
○	共通科目	〇〇大学	2022 年 3 月 31 日
	呼吸器(気道確保に係るもの)関連		年 月 日
	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連		年 月 日
	創傷管理関連		年 月 日
	創部ドレーン管理関連		年 月 日
	動脈血液ガス分析関連		年 月 日
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連		年 月 日
	感染に係る薬剤投与関連		年 月 日
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		年 月 日
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		年 月 日
			年 月 日
	履修免除を願い出る科目が無い場合は、空欄にご記入ください		年 月 日
			年 月 日

履修免除を願い出る科目に○

履修免除を申請する科目の履修済欄に○印をつけること。  
**必ず、「修了証」等履修を証明する書類を添付すること。**