別紙様式第1号（第7条関係）

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

　　年　　月　　日

**令和６年度**

**鳥取大学医学部附属病院**

**看護師特定行為研修**

**志願書**

鳥取大学医学部附属病院長　殿

フリガナ

出願者氏名（自署）

　私は、下記の鳥取大学医学部附属病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて出願いたします。

記

受講を希望する特定行為研修科目

（受講を希望する科目欄において，共通科目は必修又は既修得科目履修免除申請のいずれかを〇で囲み、区分別科目は受講を希望する科目を選択し○を記入する。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共通科目及び区分別科目 | | 受講を希望する科目 |
| 共通科目 | | 必修・既修得科目履修免除申請 |
| 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 |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |
| 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 |  |

別紙様式第2号（第7条関係）

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**履　歴　書** 　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 性別 | 写真 (縦4㎝×横3㎝) |
|
| 氏　　名 | | | | | 男 ・ 女 | 1．最近6ヶ月以内に撮影したもの  2．本人単身胸から上  3．裏面に氏名を記入し、糊付け |
|  | | | | |
|
|
| 生 年 月 日 | | | 年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | | |
| 現　住　所 | | | 〒（　　　－　　　　） | | | |
|  | | | |
| TEL　　　（　　　　） | | | |
| 緊急連絡先　　　　　　　TEL　　　（　　　　） | | | |
| 選考結果通知先 | | | 〒（　　　－　　　　） | | | |
|  | | | |
| TEL　　　（　　　　） | | | |
| 勤　務　先 | フリガナ | |  | | | |
| 施設等名称 | |  | | | |
|
| 所在地 | | 〒（　　　－　　　　） | | | |
|  | | | |
| TEL　　　（　　　　） | | | |
| 施設長名 | |  | | | |
| 出願者の職種 | |  | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | |
| 免　　許 | （看護師）　　　　　　　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | |
| （保健師）　　　　　　　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | |
| （助産師）　　　　　　　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | |
| （認定看護師）　　　　　　　　年　　月　　日　資格取得　　 　 　　　　号 | | | | | |
| （専門看護師）　　　　　　　　年　　月　　日　資格取得　　 　 　　　　号 | | | | | |
| 学　　歴 | 年　　月 | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | |
| ※高等学校以上について記載してください。 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　　歴 | 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| 年　　　月 | |  |
| ～　　　年　　　月 | |
| ※施設名・診療科を記載してください。 | | |
| 資　　　格 | |  | |
|
|
|
| 研修受講歴 （5日以上） | |  | |
|
|
|
| 学会及び社会 における活動 （所属学会） | |  | |
|
|
|
|
|
| 賞　　　罰 | |  | |
|
|
|

※　行が不足する場合は、追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には、利用しません。

また、5年以上の看護師の実務経験を有していることを確認するため、在職証明書を提出してください。

別紙様式第3号（第7条関係）

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**看護師特定行為研修志願理由書**

　　　年　　　月　　　日

氏名

【看護師特定行為研修の志願理由及び研修終了後の抱負を1200字以内で記載】

|  |
| --- |
|  |

別紙様式第4号（第8条関係）

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**既修得科目履修免除申請書**

　　　年　　　月　　　日

　　鳥取大学医学部附属病院長　　殿

申請者氏名

私は、以下のとおり研修修了認定指定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了認定指定機関 | 修了認定日 |
|  | 年　　月　　日 |

特定行為研修　自施設情報

**受講を希望する区分について、該当するものに☑ すること。**

**※施設長・所属長相当が記入すること**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **自　施　設　情　報** | | | |
| **特定行為区分** | **２ヶ月間で自施設に対象となる事例が５例以上ある** | **＊①～③のいずれかに該当すること** | | |
| **①自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる** | **②自施設に特定行為区分の臨地実習が行える看護職の指導者がいる** | **③自施設に特定行為研修修了者がいる** |
| 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 | □ | □ | □ | □ |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | □ | □ | □ | □ |
| 術後疼痛管理関連 | □ | □ | □ | □ |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | □ | □ | □ | □ |
| 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 | □ | □ | □ | □ |

＊臨地実習は,①～③のうち、いずれかの指導者がいること。指導者とは、医師の指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

・自施設情報のチェック項目が揃わない場合は、鳥取大学米子地区事務部総務課法規・評価係（☎0859-38-7540）までご相談ください。

**自施設情報に関する問い合わせ先（志願者以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職種 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | | | メールアドレス | |  | | |