

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター

2024 年度

看護師特定行為研修

(感染管理認定看護師対象)

受講志願書類一式

様式番号	種別
様式 1	受講志願書
様式 2	履歴書
様式 3	志願理由書
様式 4	推薦書 (所属する施設の病院長や所長などの施設管理者)
様式 5	実習施設情報
様式 6	緊急連絡先
その他	看護師免許証の写し
	認定看護師認定証の写し

注意事項

- ◆ 過不足なく記入してください。(記載不十分の場合は受理できないため注意)
- ◆ 様式5は、募集要項の記載例を参考に記入してください。
- ◆ 自署以外は、パソコンでの入力可。フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可です。
- ◆ 日付は、すべて西暦表記としてください。

受講志願書類の記入方法およびチェックリスト

様式	書類	記入方法と注意事項	✓
1	受講志願書	<ul style="list-style-type: none"> 氏名の記載は自署とする。 裏面に振込明細書（領収書・コピー可）を貼り付ける。 	
2	履 歴 書	<ul style="list-style-type: none"> 書類作成日を記載する。 所属機関は正式名称を記載する。 病床数は所属病院の許可病床数を記載する。 認定看護師資格以外に専門看護師資格があれば記載する。 学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。 	
3	志願理由書	<ol style="list-style-type: none"> これまでの認定看護師としての活動内容を記載する。 特定行為研修受講による自己の活動に対する今後の期待について記載する。 	
4	推 薦 書 ※厳封のこと	<ul style="list-style-type: none"> 受講者を推薦する理由を記載する。 推薦者は、所属する施設の病院長や所長などの施設管理者である。 	
5	実習施設情報	<p>募集要項の「別紙記載例」を参考に記載する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 実習を行う予定の施設リスト 実習を行う場所（自施設または実習協力が可能な施設）を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ◇ <u>自施設</u>とは：自分が勤務する施設、または、実習を受け入れてもよいと調整が済んでいる施設のこと ◇ <u>他施設</u>とは：当センターが紹介する実習協力施設のこと 受講する特定行為に関する施設情報 <ol style="list-style-type: none"> ① 実習を行う施設の番号を記載する。 実習する施設がない区分別科目は⑤と記載する。 ② 各特定行為について、1か月平均で特定行為の対象となる患者が5例以上いる場合は○をつける。 ③ 受講申請時点での指導者確保の可能性について、指導者がいる場合に○をつける。 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 指導者とは：臨床経験が7年以上であること。「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講していることが望ましい。 	
6	緊急連絡先	<ul style="list-style-type: none"> 楷書でわかりやすく記入する。 	
その他	看護師免許証の写し	<ul style="list-style-type: none"> A4 サイズに縮小する。（モノクロ） 改姓された方：看護師免許証の裏面に登録日が表記されている場合は両面を複写する。 	
	認定看護師認定証の写し	<ul style="list-style-type: none"> 縮小せずに A4 サイズのままで複写する。（モノクロ） 	

(様式1)

受付番号	※
------	---

受講志願書

(2024年度 福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター 看護師特定行為研修出願用)

(西暦) 年 月 日

福岡国際医療福祉大学 生涯教育センター長 殿

下記特定行為研修を受講いたしたく、関係書類を添えて出願します。

科目名／区分別科目
1. 共通科目
2. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ①脱水症状に対する輸液による補正 ②持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
3. 感染に係る薬剤投与関連 感染徴候のある者に対する薬剤の臨時の投与

フリガナ
氏名 (自署) 印

現住所 (〒 —)
フリガナ
(都道府県)

TEL : () —

(様式2)

受付番号	※
------	---

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

写真貼付
正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に撮影
したもので写真裏
面に氏名を記入

フリガナ		男・女
氏 名		印
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ		TEL
現住所	〒	自宅：() - 携帯：() - E-mail：
フリガナ		{病床数}
所属施設名		床
設置主体		
所属施設住所	〒	TEL：() - 所属部署または内線番号 ()
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
認定看護師資格取得年	感染管理分野 西暦 年 月 日	認定登録番号 号
専門看護師資格取得年	() 分野 西暦 年 月 日	認定登録番号 号
学 歴		
大学院 (修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける)		
西暦 年 月修了/在学中		
認定看護師教育 (修了年月と教育機関名を下記に記入)		
西暦 年 月修了		

(様式3)

受付番号	※
------	---

志 願 理 由 書

(西暦) 年 月 日

受講志願者氏名： _____

1) これまでの認定看護師としての実践活動内容

2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する今後の期待

枠の調整は行わず1枚にまとめ、読める大きさのフォントとする。

(様式4)

受付番号	※
------	---

推 薦 書

(西暦) 年 月 日

受講志願者氏名 : _____

上記の者を、貴センター特定行為研修受講者として推薦します。

[推薦理由]

施設名

推薦者職位

推薦者氏名

印

*所属する施設の病院長や所長などの施設管理者の方がご記入ください。

(様式5)

受付番号	※
------	---

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※ 当センター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るため、自施設や連携している地域の病院等での実習を推奨しています。

			施設名称
自 施 設 実 習	所属施設	①	
	実習協力が可能な施設	②	
		③	
		④	
他施設実習		⑤	

2. 受講する特定行為に関する施設情報

特定行為区分	特定行為	実習施設 番号※1	症例数の 有無※2	指導者の 有無※3
栄養及び水分管理に 係る薬剤投与関連	1) 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整			
	2) 脱水症状に対する輸液による補正			
感染に係る薬剤投与 関連	3) 感染徴候のある者に対する薬剤の臨時の投与			

※1 上記1のリストより番号を記入

※2 1か月（前年度実績から1か月換算）で、対象となる症例が5症例以上ある場合は○を記入

※3 医師の指導者がいる場合は○を記入

臨床経験が7年以上の医師であること。

「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講していることが望ましい。（必須でない）

(様式6)

受付番号	※
------	---

緊急連絡先

◆緊急連絡先

緊急に連絡が必要になった場合に限り、福岡国際医療福祉大学 生涯教育センターより皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

注意事項

- ① 携帯メールアドレスが間違っていると連絡が出来ませんので、判読できるように大きく楷書でご記入ください。
- ② 携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。

フリガナ	
氏名	
施設名	
携帯メールアドレス (楷書で丁寧に記入)	@
携帯電話番号	— —
(携帯電話の無い方) 上記以外で連絡がつく 電話番号	電話番号： — — F A X： — —

注1) この緊急連絡先の個人情報は受講審査終了後、シュレッダーにかけて破棄いたします。

注2) 携帯メール設定で、必ず educenter@takagigakuen.ac.jp が受信できるようにして下さい。