

様式1

(福島県立医科大学記入欄)

※受付番号	
-------	--

受講願書

令和 5 年 〇 月 〇〇 日

福島県立医科大学長 様

ふりがな いたい はなこ
 申請者氏名 (自署) 医大 花子

私は、下記の福島県立医科大学看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

コース No	特定行為区分名・領域別パッケージ研修名	会津希望 ※〇を記入	自施設希望 ※〇を記入
1	呼吸器(気道確保に係るもの)関連		〇
15	感染に係る薬剤投与関連	〇	

「8.研修内容と時間数」を確認し、受講を希望する特定行為区分もしくはパッケージのNoと区分・パッケージ名を記載。

会津医療センターもしくは自施設での実習を希望する場合〇を記載。
 ※募集要項で開講区分の条件を確認すること。

*複数受講可

受講区分 (該当区分にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規受講者	既修了者	区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> e-ラーニングあり
				<input type="checkbox"/> e-ラーニングなし
			区分Ⅱ	<input type="checkbox"/> e-ラーニングあり
				<input type="checkbox"/> e-ラーニングなし

※既修了者とは、応募要項の「14. 研修修了者の受入れ」により応募する方を指します。

コース No		※受付番号	
--------	--	-------	--

履 歴 書

令和 5 年 〇 月〇〇日現在

カラー写真貼付
(4.5 cm × 3.5 cm)

1 最近6ヶ月以内に
撮影したもの
2 写真裏面に氏名を
記入
(パスポートサイズ)

ふりがな 氏 名	いだい はなこ 医大 花子
生年月日	昭和 ・ 平成〇〇年〇月〇〇日生 (満〇〇歳)
性 別	男 ・ 女

現 住 所	〒 960 - 1295 福島県福島市光が丘11番地 光が丘マンション 〇〇号室 電話番号 024 (547) 1111 日中連絡の取れる電話番号 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 PC メールアドレス hanako.idai @ ××.jp
-------	--

勤 務 先	ふりがな 名 称	いりょうほうじん〇〇 △△△△△そうごうびょういん 医療法人〇〇 △△△△△総合病院		
	所 在 地	〒 960 - 8670 福島県福島市杉妻町9999番地 TEL 024 (〇〇〇) ××××		
	職 種	看護師	職 位	主任看護技師

免 許	(看護師)	昭・平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 免許取得	××××××××	号
	(保健師)	昭・平・令 年 月 日 免許取得		号
	(助産師)	昭・平・令 年 月 日 免許取得		号

学 歴	昭・平令 〇〇年 3 月卒業	福島県立〇〇	高等学校
	昭・平令 〇〇年 4 月入学		
	昭・平令 〇〇年 3 月卒業	〇〇大学看護学部看護学科	
	昭・平・令 年 月入学		
	昭・平・令 年 月卒業		
	昭・平・令 年 月入学		
	昭・平・令 年 月卒業		

* 高等学校以降について記載してください。

記載例

職 歴	昭・平・令〇〇年 4月～	××病院 △△科病棟
	昭・平・令〇〇年 9月	
	昭・平・令〇〇年 10月～	××病院 〇〇科病棟
	昭・平・令〇〇年 7月	
	昭・平・令〇〇年 8月～	医療法人〇〇 △△△△△総合病院 〇〇科病棟
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月～	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月～	
	昭・平・令 年 月	
*施設名に加え、診療科を記載してください。		
看護師免許取得後の実務経験年数		〇〇 年
所属施設内の 教育歴 *ラダー等含む	クリニカルラダーレベル4 院内リスクマネージャー	自身が受講・修了したもの等を記載すること。 ※自身が講師として指導しているものではない。
所属施設内の 委員会活動等	令和〇〇年5月から令和〇〇年12月まで ××委員会	
これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格（主催機関名、認定機関名も記載）		
××××研修(日本看護協会 △△△△年△月) 看護師特定行為研修修了 呼吸器関連(〇〇大学 ××××年×月) □□□□認定看護師(日本看護協会 □□□□年□月)		修了済の特定行為研修があれば記載すること。
所属学会	日本〇〇看護学会	所属していない場合は「所属なし」と記載すること。
上記のとおり相違ありません。		
令和5年 〇 月 〇 日		
氏名 医大 花子		医大

※上記各欄で記入不足の場合は、この用紙をコピーして追加してください。

様式3

(福島県立医科大学記入欄)

コース No		※受付番号	
--------	--	-------	--

受講志願理由書

令和 5 年 〇 月 〇〇 日

氏名 医大 花子

【志願理由】

※ 枠内で記載してください。

- ・ 文字数の制限はないが、受講を希望する理由を詳細に記載すること。
- ・ パソコンで作成する場合、フォントサイズは10.5～11ポイントとすること。

様式4

(福島県立医科大学記入欄)

コース No		※受付番号	
--------	--	-------	--

推薦書

令和 5年 〇 月 〇〇日

福島県立医科大学長 様

推薦書は出願者ではなく、所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）が記載すること。

機関名 医療法人〇〇 △△△△△総合病院
職位 看護部長
推薦者 福島 光子 

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

被推薦者

職	氏名	生年月日
主任看護技師	医大 花子	平成〇〇年 〇 月 〇〇日生（〇〇歳）

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先において期待する役割などを記入 】

- ・文字数の制限はないが、推薦理由を詳細に記載すること。
- ・パソコンで作成する場合、フォントサイズは10.5～11ポイントとすること。

※様式5にもご記入をお願いいたします。

コース No	※受付番号
--------	-------

特定行為研修区分別科目 所属施設情報

(※受講申込コースの施設情報について、施設長及び所属長担当者がご記入ください)

令和 5 年 0 月 00 日

施設長（病院長等）もしくは所属長（看護部長等）が記載すること。

機関名 医療法人〇〇 △△△△△総合病院

職位 病院長

氏名 福島 太郎



福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講希望者を推薦するにあたり、次のとおり施設情報を申告します。

※○を記入 受講申込区分	特定行為区分名・行為内容		所属施設情報			
			が5例以上ある	に4ヶ月間以上ある	に4ヶ月間以上ある	が5例以上ある
○	1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3. 呼吸器（長法に係るもの）関連	自施設での実習希望の有無にかかわらず 全員提出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		4. 循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		一時的ペースメーカーリードの抜去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	5. 胸腔ドレーン管理関連	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	6. 腹腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーンの抜去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

受講申込区分 ※○を記入	特定行為区分名・行為内容	所属施設情報			
		4ヶ月間で自施設が対象となる事例が5例以上ある	自施設に臨地実習が行える医師の指導者がいる	自施設に特定行為研修の修了者がいる	
	7. ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		膀胱ろうカテーテルの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. 創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		創傷に対する陰圧閉鎖療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11. 創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. 動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		橈骨動脈ラインの確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13. 透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		脱水症状に対する輸液による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○	15. 感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. 術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. 循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

受講申込区分 ※○を記入	特定行為区分名・行為内容	所属施設情報		
		4ヶ月間で自施設 が対象となる事例 が5例以上ある	自施設に 臨地実習 が行える 医師の指 導者がいる	自施設に 特定行為 研修の修了者が いる
19. 精神及び神経状 に係る薬剤投与 関連	抗けいれん剤の臨時的投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	抗精神病薬の臨時的投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	抗不安薬の臨時的投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 皮膚損傷に係る 薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏 出したときのステロイド薬の局所 注射及び投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受講申込 ※○を記入	領域別 パッケージ名	特定行為区分・行為内容	所属施設情報 ※該当するものに☑		
			4ヶ月間で自施設に 対象となる事例が5例以 上ある	自施設に 臨地実習 が行える 医師の指 導者が いる	自施設に 特定行為 研修 の修了者が いる
21. 術中麻酔管理領域	呼吸器（気道確保に係るもの） 関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管 チューブの位置の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸器（人工呼吸療法に係る もの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		人工呼吸器からの離脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈 穿刺法による採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		橈骨動脈ラインの確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	栄養及び水分管理に係る薬剤 投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の 投与及び投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸 液の投与量の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 在宅・慢性期領域	呼吸器（気道確保に係るもの） 関連	気管カニューレの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろう カテーテル又は胃ろうポタンの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における 血流のない壊死組織の除去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養及び水分管理に係る薬剤 投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>