

*受付番号	
-------	--

看護師特定行為研修 提出書類チェックリスト

令和 年 月 日

所属施設名 _____

氏名 _____

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願するにあたり、出願書類全てが揃っているとともに、下記の事項全てについて問題がないことを確認しました。

記

各書類の作成にあたり、募集要項及び記載例を熟読しその内容を理解した。

複数ページにわたる書類は、片面印刷のうえゼムクリップで留めている。

様式番号	書類名	確認事項	確認
全員提出			
1	受講願書	氏名はふりがなを含め自署している。	
2-1	履歴書	写真は3ヶ月以内に撮影した、縦4.5cm×横3.5cmの大きさのものである。	
		全ての項目に記入している。	
		現住所には番地や建物名、部屋番号等を省略せずに記入している。	
		電話番号、メールアドレスに誤りがない。	
		2枚目の右上に氏名を記入している。	
3	受講志願理由書	パソコンで作成した場合、フォントサイズは12ptとしている。	
4	推薦書	所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）が作成している。	
		推薦者の氏名は記名捺印もしくは署名捺印されている。	
		パソコンで作成した場合、フォントサイズは12ptとしている。	
5	受講希望区分別科目申請書	申請者、施設長または所属長（看護部長等）がそれぞれ記名捺印している。	
		受講を希望する区分（領域別パッケージ）に「○」を記入している。	
		会津医療センターもしくは所属施設等での実習を希望する場合、該当するものに「○」を記入している。 (いずれも希望がない場合、「○」の記入は不要)	
		2枚目の右上に氏名を記入している。	
	看護師免許（写）	A4用紙に縮小コピーしている。	

6	提出書類チェックリスト（本様式）	各項目すべてのチェック欄に、チェックが記入されている。 ※チェック不要箇所を除く。	
【自施設等での臨床研修を希望する場合のみ提出】 ※非該当者はチェック不要			
7-1	実習協力に関する同意書	出願者から自施設等に対し、看護師特定行為研修や実習について説明し、実習について了解を得ている。	
		様式1で自施設等での実習を希望した区分（領域別パッケージ）が複数ある場合、各区分の同意書が揃っている。	
		自施設等の代表者が作成し、記名捺印している。	
7-2	症例数に関する申告書	施設情報の各チェック欄に、チェックが記入されている。	
		自施設等の代表者が作成し、記名捺印している。	
【特定行為研修を修了したことがある場合のみ提出】 ※非該当者はチェック不要			
2-2	看護師特定行為研修の修了歴	修了年月日、修了した特定行為区分名、研修機関名は特定行為研修修了証に記載の内容と相違ない。	
		共通科目を含めて受講した修了年月日の文頭に「◎」を記入している。 ※再受講等により、共通科目のすべてあるいは一部免除されたものには記入しないこと。	
/	特定行為研修修了証（写）	研修機関が発行したものである。	
		研修機関名、修了年月日、修了した特定行為区分名、修了者名の記載がある。	
		元の書類がA4サイズより大きい場合、A4用紙に縮小コピーしている。	
【共通科目の履修免除を希望する場合のみ提出】 ※非該当者はチェック不要			
8	共通科目履修免除申請書	各チェック欄のいずれかに、チェックが記入されている。	