

様式 1

年 月 日

## 西濃厚生病院 看護師特定行為研修 受講申請書

西濃厚生病院 病院長 西脇 伸二 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、西濃厚生病院で開始される看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて申請いたします。

希望する特定行為研修区分に○を記入すること

特定行為区分名	希望欄
創傷管理関連	
動脈血液ガス分析関連	

## 様式 2

## 履歴書

写真貼付  
(4.5 cm×3.5 cm)

年 月 日現在

ふりがな 氏名	性別 ( ) 年 月 日生 (満 歳)			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すること
現住所	〒 一			
連絡先	自宅： ( ) メール：		携帯： 一 一	
勤務先	名 称			
	所在地	〒 一		
	職 種	TEL ( )	役職名	
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
学歴	年 月			
	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			
※施設名、病棟、診療科名等を記入してください。				

所属施設での委員会活動等

所属施設内の教育歴（ラダー含む）

これまでに取得した医療関連の資格

所属学会

注1) 緊急の場合等、記載のある電話番号にご連絡することができます。

様式 3

年 月 日

## 推 薦 書

西濃厚生病院 病院長 西脇 伸二 殿

施設等の名称

印

西濃厚生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。

受講申請者氏名 \_\_\_\_\_

推薦理由（研修修了後期待する役割を含む）

様式 4

課題レポート

テーマ：研修の志願理由及び研修修了後の抱負について

施設名：\_\_\_\_\_ 氏名：\_\_\_\_\_

様式 5

年 月 日

## 履修科目免除申請書

西濃厚生病院 病院長 西脇 伸二 殿

申請者氏名

印

私は、共通科目の履修免除を申請いたします。

### 履修した大学・研修機関

大学・研修機関名	所在地
	〒 一

※大学・研修機関については、学部・学科・コース名まで詳細に記入してください。