様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※  |

注）※印欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日

看護師特定行為研修志願書

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長　　　殿

私は，徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域保健科学部門看護師特定行為研修（在宅・慢性期領域）を受講したいので，ここに関係書類を添えて志願します。

現住所

（〒　　　―　　　　）

　　　　　　　　　　　志願者（自署）

様式２

履　　歴　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※  |

注）※印欄は記入しないでください。

令和　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な氏 　名 |  | 男・女 | 写真貼付欄カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。縦４㎝×横３㎝＊写真裏面に記名 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年　 　月　　　日生 （満　　歳） |
| ふ り が な現 住 所 | 〒　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽTEL　　　　　　　 　　 （自宅・携帯） |
| 勤 務 先所属機関 | ふりがな名　　称 |  |
| 設置主体 |  |
| 施設長名 |  |
| 出願者の職種・職位 |  |
| 所在地 | 〒　　　　TEL |
| 免許取得年月日 | 保健師 | 年　　　　月　　　　日　免許証番号　　　　　　　号 |
| 助産師 | 年　　　　月　　　　日　免許証番号　　　　　　　号 |
| 看護師 | 年　　　　月　　　　日　免許証番号　　　　　　　号 |
| 学　　歴 | 高等学校卒業以上について記載してください。 |
| 　　　　　年　　　月 |
| 　　　　　年　　　月 |
| 　　　　　年　　　月 |
| 　　　　　年　　　月 |
| 　　　　　年　　　月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　歴 | 看護師免許取得以降，部署名，職位を含めて記載してください。 |
| 　　　　　年　　　月　～　　年　　月 |
| 　　　　　年　　　月　～　　年　　月 |
| 　　　　　年　　　月　～　　年　　月 |
| 　　　　　年　　　月　～　　年　　月 |
| 　　　　　年　　　月　～　　年　　月 |
| 資　　格 |  |
| 賞　　罰 |  |
| 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） |  |

注１）※印欄は記入しないでください。

注２）勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等）を記入してください。

注３）資格欄には，保健師，助産師，看護師以外の医療系の資格（専門看護師，認定看護師），社会福祉士等について，記入してください。

注４）学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式３

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※  |

注）※印欄は記入しないでください。

志 願 理 由 書

　　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |
| --- |
|  |

注１）※印欄は，記入しないでください。

注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折り畳んだり，用紙の枠をはみ

出して貼付しないでください。

注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式４

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※  |

注）※印欄は記入しないでください。

推　　薦　　書

令和　　　年　　　月　　　日

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長　　殿

施設等の名称

施設長名

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域保健科学部門看護師特定行為研修の受講生として，次の者を推薦します。

記

受講志願者名

推薦理由

注１）※印欄は，記入しないでください。

注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折り畳んだり，用紙を

はみ出して貼付しないでください。

注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式５

自施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ ※ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注）※印欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目名 | 特 定 行 為 名 | 対象となる事例が平均で６カ月以上あたり５症例以上ある | 該当するものに☑する。 |
| 1. 自施設に特定行為の臨地実習を行える
2. 医師の指導者がいる
 | 1. 自施設に特定行為研修の臨地実習を
2. 行える看護師の指導者がいる
 | 1. 自施設に特定行為修了者がいる
 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | 気管カニューレの交換 | □　　　□ | □　 □ | 　　 □ | 　　 □ |
| 　　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 | 　　　　□ | 　　 □ | 　　 □ | 　　 □ |
| 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 | 　　　　□ | 　　 □ | 　　 □ | 　　 □ |
| 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 | 　　　　□ | 　　 □ | 　　 □ | 　　 □ |

※症例数については，行為ごとに記載してください。

※特定行為研修の臨地実習は，自施設での研修とします。

※1特定行為につき，5例以上の実習が必要です。

※実習には，必ず医師の指導者が必要です。

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とします。

様式６

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※  |

注）※印欄は記入しないでください。

令和　　　年　　　月　　　日

既修得科目履修免除申請書

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長　殿

申請者（自署）

私は，看護師特定行為研修において，以下の科目を既に受講修了しているため，修了証及び履修した科目のシラバスを添えて既修得科目の履修免除を申請します。

記

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目の「履修免除申請」欄に〇を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 科目名 | 履修免除申請 |
| 共通科目 |  |
| 平成２２年度及び２３年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修 |  |
| 平成２４年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学、フィジカルアセスメント、臨床薬理学 |  |
| 特定行為区分（在宅・慢性期領域） | 特定行為名 | 履修免除申請 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　　　　　　　　　　　　　　 | 気管カニューレの交換 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |

令和５年度

徳島大学大学院医歯薬学研究部看護師特定行為研修

（在宅・慢性期領域）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　験　票 | 受験番号 | ※  |
| ふ り が な |  | 写真貼付欄カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。縦４㎝×横３㎝＊写真裏面に記名 |
| 氏　　名 |  |
| 【試験日程】令和５年1月２１日（土） １１時００分～１２時００分　筆記試験　　　１３時００分～　　　　　　　面　接【試験場】　　徳島大学保健学Ｃ棟　 |

注）※印欄は記入しないでください。

切り離さないでください

令和５年度

徳島大学大学院医歯薬学研究部看護師特定行為研修

（在宅・慢性期領域）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 写　真　票 | 受験番号 | ※  |
| ふ り が な |  | 写真貼付欄受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。縦４㎝×横３㎝＊写真裏面に記名 |
| 氏　　名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 所在地（都道府県名のみ） |  |

注）※印欄は記入しないでください。