

出願書類チェックリスト

(兵庫医科大学臨床教育統括センター 看護師特定行為研修課程)

受験番号	記載不要	氏名	
------	------	----	--

1. 出願書類の用紙サイズは「A4」とし、白色の普通紙に印刷してください。
2. 出願書類を手書きする場合は、必ず「消えないボールペン」で記入してください。
3. 提出する書類の□欄に✓印を付け、本紙も同封してください。
4. 本チェックリストを表紙とし、以下の順に並べて封入し、送付してください。

確認欄		提出書類	
□	(本紙)	出願書類チェックリスト	・本紙も忘れず、出願書類の郵送時に同封してください。
□	(様式 1)	①受講願書	・ 所定の用紙に、本人自筆によりボールペンで記入すること。 氏名欄は、戸籍上の氏名を楷書で記入し、略字は使わないこと。
□	(様式 2)	②履歴書 ※両面印刷(縦向き、長編とじ)	・ 全ページをプリントアウトしているかを確認すること。 欄外【注】に記載してある記入上の注意及び記入例を参照すること。
□	(様式 3)	③受講志願理由書	・ 本課程への志望理由を 1,000 字以内で記入すること。 パソコン等により作成したものを貼付しても構わないが、必ず本様式にて提出すること。
□	(様式 4)	④推薦書	・ 所属施設の長(看護部長の職位に相当する方)が作成した推薦書が望ましい。 ・ 麻酔管理料(Ⅱ)の診療報酬のため、「術中麻酔管理領域」に相当する区分の受講希望者は、所属先の麻酔科専門医が作成した推薦書が追加で必要となる。
□	(様式 5)	⑤特定行為研修に関する施設情報	・ 自施設実習を原則とするため、必ず「対象となる症例数」および「指導者の確保」の両方の条件を満たす必要がある。 「対象となる症例」について、区分別科目の「特定行為名」の内容を確認すること。
□	(様式 6)	⑥履修免除申請書	・ 看護師特定行為研修修了者は厚生労働省指定の修了証の写しを提出すること。 現在、特定行為研修を受講中の場合は、研修修了後速やかに修了証を提出すること。
□	⑦受験票・名票		・ たて 4cm、よこ 3cm(ポラロイド写真は不可、カラー写真は可) ・ 出願前 3ヶ月以内に撮影した無帽正面向き、上半身のものを受験票及び名票の写真貼付欄に貼り付けること。
□	⑧看護師免許証の写し		・ A4 サイズに縮小コピーし、提出すること。
□	⑨専門看護師・認定看護師の認定資格、 周術期管理チーム看護師の認定証		・ 資格保有者は、縮小コピーし、提出すること。 ・ 看護師特定行為研修修了者は厚生労働省指定の修了証の写しを提出すること。
□	⑩受験票送付用封筒		・ 長 3 封筒に郵便番号、住所、氏名を明記し、410 円分(速達)切手を貼付して提出してください。
□	⑪受講審査料(30,000 円)の領収書		・ Web 決済サービス(Payvent)の支払い・申込受付完了の自動返信メールからダウンロードが可能です。

以上

2026 年度 選考試験

受 験 票

受験番号	記載不要
ふりがな	
氏名	

写真を貼る位置

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

兵庫医科大学 臨床教育統括センター
看護師特定行為研修課程

2026 年度 選考試験

名 票

受験番号	記載不要
ふりがな	
氏名	

写真を貼る位置

正面上半身
(40×30mm)
3 か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

兵庫医科大学 臨床教育統括センター
看護師特定行為研修課程

受講願書

西暦 年 月 日

兵庫医科大学臨床教育統括センター長 殿

私は、以下の兵庫医科大学臨床教育統括センター看護師特定行為研修課程を受講したいので、ここに関係書類を添えて申請いたします。

受講を希望する区分（最大 10 区分まで）もしくは領域別パッケージに✓をしてください。

領域別パッケージ
☐ 在宅・慢性期領域 ☐ 術中麻酔管理領域 ☐ 救急領域 ☐ 外科系基本領域 ☐ 集中治療領域
特定行為区分
☐ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ☐ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ☐ 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ☐ ろう孔管理関連 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 創傷管理関連 ☐ 創部ドレーン管理関連 ☐ 動脈血液ガス分析関連 ☐ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ☐ 感染に係る薬剤投与関連 ☐ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ☐ 術後疼痛管理関連 ☐ 循環動態に係る薬剤投与関連 ☐ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

申請者氏名：

受験番号	※記入不要
------	-------

履 歴 書

		年	月	日現在
ふりがな				性別
氏 名				
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)			
ふりがな				
現住所	〒 -			
	携帯電話 - -			
	E-Mail			
勤務先 所属機関	名称			所属部署
	所在地	〒 -		
		電話番号 - -		
看護師免許取得日		年 月 日 () 号		
認定看護師・専門看護師・周術期管理チーム看護師の取得年月日と資格内容				
取得年月日（西暦）		資格内容		
年 月				
学 歴				
(高等学校卒業時から、最終学歴まで記入) ※必ず正式名称で記載ください。				
(西暦)		高 等 学 校 卒 業		
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

※必ず正式名称で記載ください。※職歴は看護職以外は除く

【注2】学歴、職歴の空白期間には説明（自主研修等）をつけてください。なお、職歴については看護職以外についても記入してください。

受験番号	※記入不要
------	-------

記入例

履 歴 書

		年	月	日現在		
ふりがな	ひょうご はなこ			性別	女	
氏 名	兵庫 花子					
生年月日	(西暦) 19●● 年 ● 月 ● 日生 (満 ● 歳)					
ふりがな						
現住所	〒 — 都道府県から記入してください。					
	携帯電話 — —					
	E-Mail					
勤務先 所属機関	名称				所属部署	
	所在地	〒 — 都道府県から記入してください。				
看護師免許取得日		昭和 ●● 年 ●月 ●日			(●●●●●●) 号	
認定看護師・専門看護師・周術期管理チーム看護師の取得年月日と資格内容						
取得年月日（西暦）		資格内容				
●●●● 年 ● 月		□□□□看護認定看護師資格取得				
学 歴						
(高等学校卒業時から、最終学歴まで記入) ※必ず正式名称で記載ください。						
(西暦) ●●●● 年 ● 月		□□□□□□□□ 高 等 学 校 卒 業				
●●●● 年 ● 月 ↓ ●●●● 年 ● 月		□□□□ 看護専門学校				
●●●● 年 ● 月 ↓ ●●●● 年 ● 月		□□□□看護大学大学院 看護学研究科				
年 月 ↓ 年 月						

※必ず正式名称で記載ください。※職歴は看護職以外はのぞく

【注2】学歴、職歴の空白期間には説明（自主研修等）をつけてください。なお、職歴については看護職以外についても記入してください。

受験番号	記載不要
------	------

受講志願理由書

西暦 年 月 日

氏名

【 志願理由 】

【注】 枠内で記載してください。

受験番号	記載不要
------	------

推薦書

西暦 年 月 日

兵庫医科大学臨床教育統括センター長 殿

機 関

職 位

推薦者(自署)

兵庫医科大学臨床教育統括センターの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。

氏 名

推薦理由【受講修了後に期待する具体的な活動内容とそれに伴う施設の体制づくりなどを記入】

【注】枠内で記載してください。

受験番号	記載不要
------	------

特定行為研修に関する施設情報

※施設長・所属長相当が記入すること

・実習施設について、該当するものに ☒ をすること。

・連携施設で実施する場合は、施設名も記入すること。

☐ 自施設で実施

☐ 自施設で実施不可（☐ 一部区分 ☐ 全区分）

☐ 連携施設で実施（施設名： ）

受講を希望する区分について、該当するものに ☒ すること。

※自施設で実施不可の区分は、下記表の ☒ は不要

※領域別パッケージを受講する方は、該当の区分別科目に ☒ すること。

受講を希望する区分	4 カ月間で自施設に 対象となる症例が 5 例以上ある。	自施設に特定行為区分 の臨地実習を行う同意 を得ている医師の指導 者がいる。＊
☐ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	☐	☐
☐ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	☐	☐
☐ 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	☐	☐
☐ 循環器関連（※集中治療領域パッケージのみ）	☐	☐
☐ ろう孔管理関連	☐	☐
☐ 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	☐	☐
☐ 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	☐	☐
☐ 創傷管理関連	☐	☐
☐ 創部ドレーン管理関連	☐	☐
☐ 動脈血液ガス分析関連	☐	☐
☐ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	☐	☐
☐ 感染に係る薬剤投与関連	☐	☐
☐ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	☐	☐
☐ 術後疼痛管理関連	☐	☐
☐ 循環動態に係る薬剤投与関連	☐	☐
☐ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	☐	☐

＊指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する必要があります。「同等以上の経験」とは、「7 年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験（研修医への指導経験）を有する医師」とされています。

施設情報に関する問合せ先（受講者以外）

施設名			
氏名		部署	
職種		職位	
TEL		メール アドレス	

(様式6) [看護師特定行為研修課程]

受験番号	記載不要
------	------

履修免除申請書

西暦 年 月 日

兵庫医科大学 臨床教育統括センター長 殿

私は、下記のとおり指定研修機関の看護師特定行為研修において、既に以下科目を受講し修了しているため、修了証を添えて履修免除を申請いたします。

記

修了した区分/科目 ・ 共通科目 ・ 区分別科目 (特定行為名)	指定研修機関名	研修修了 (見込) 年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

申請者氏名: _____

(注意事項)

1. 本申請は、原則として出願時に行うこと。
2. 現在特定行為研修を受講中の者は、研修修了後速やかに修了証を提出すること。
3. 各区分別科目のうち一部の特定行為について履修免除申請を行う場合は、修了した区分/科目欄に履修免除を希望する特定行為を明記すること。
4. 欄が不足する場合は、適宜追加すること。