

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. 出願書類は、自筆指定の記載項目以外はパソコンで作成してください。
自筆指定の記載項目については、必ず「消えないボールペン」で記入してください。
3. 提出書類の確認完了後に□欄に✓印を付け(入力可)、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。

	出願書類		注意事項
□	出願書類チェックリスト	(本紙)	・本紙も忘れず、出願書類の郵送時に同封すること。
□	①受講願書	様式1	・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。
□	②履 歴 書 ※両面印刷 (縦向き、長編とじ)	様式2	・様式の欄外に記載の記入上の注意、及び記入例を参照して作成すること。
□	③志願理由書	様式3	・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提出するが、印刷したものを志望理由欄の枠内に貼付しても構わない。
□	④推薦書	様式4	・所属施設の長(看護部長の職位に相当する方)が作成したものが望ましい。 ・麻酔管理料(Ⅱ)の診療報酬のため、「周術期麻酔管理領域」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。
□	⑤特定行為研修に関する施設情報	様式5	・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。
□	⑥履修免除申請書 (※該当者のみ)	様式6	・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 のカラー写真 ・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-a 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。
□	⑧-b 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、A4 サイズに縮小コピーし、提出すること。
□	⑨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)の切手を貼付して提出すること。
□	⑩受講審査料(30,000 円)の領収書(写し)		・入学試験申込フォーム(Payvent)での申込完了時の自動返信メールからダウンロードが可能。

以上

2027年度 看護師特定行為研修課程

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

2027年度 看護師特定行為研修課程

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

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
<input type="checkbox"/> 在宅・慢性期領域 <input type="checkbox"/> 周術期麻酔管理領域 <input type="checkbox"/> 救急領域 <input type="checkbox"/> 外科系基本領域 <input type="checkbox"/> 集中治療領域
特定行為区分
<input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 <input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 <input type="checkbox"/> 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 <input type="checkbox"/> ろう孔管理関連 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 創傷管理関連 <input type="checkbox"/> 創部ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連 <input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 感染に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連 <input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 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					

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 \	□□□□看護専門学校				
●●●● 年 ● 月 \	□□□□看護大学大学院 看護学研究科				
●●●● 年 ● 月					
年 月 \					
年 月					

様式 3

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
------	------

様式 4

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
------	------

(様式6) [看護師特定行為研修課程]

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。