

2026年度 看護師特定行為研修

受験出願書類（記載例）

様式	出願書類	チェック欄
様式1	受験応募書	
様式2	履歴書	
様式3	課題レポート	
様式4	推薦書	
様式5	既修得科目履修免除申請書（修了証を添付）	
その他	看護師免許証の写し	
	特定行為研修修了証の写し	
	専門看護師認定証（写し） <u>*有効期限のもの</u>	
	認定看護師認定証（写し） <u>*有効期限のもの</u>	

提出前に漏れがないか自己チェックすること

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項

- 記入見本を参考に過不足なく記入してください。記入不十分の場合は、受理できないため注意してください。
- 自署以外は、パソコンで入力してください。フリクションペン、鉛筆等の消える筆記用具の使用は無効となります。
- 年号はすべて西暦表記にしてください。
- 様式2の学歴・職歴の欄が足りない場合は、欄を増やして入力してください。

受 験 応 募 書 (記載例)

地方独立行政法人
市立東大阪医療センター院長 殿

私は、地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 特定行為研修を受講いたたく、
ここに関係書類を添えて受験の応募をします。

記

■必修科目 (全員受講)

科目名	
1. 共通科目	

■選択科目

選択番号	領域別パッケージ名	受講希望
①	外科術後病棟管理領域	
②	集中治療領域	○
③	術中麻酔管理領域	
④	在宅・慢性期領域	

※選択コースは、希望するもの1つに○を記入してください。

記 載 日 ○○○○年 ○月 ○日

フリガナ
氏名 (自署)ヒガシオオサカ ハナコ
東大阪 花子

生年月日 ○○○○年 ○月 ○日

現住所 〒○○○○-○○○○

東大阪市○○○○丁目○番○号

TEL 06-6781-○○○○

履歴書 (記載例)

正面半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

○○○○年 ○月 ○日現在

フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	東大阪 花子	印
生年月日	○○○○年 ○月 ○日生 (満 ○○ 歳)	

フリガナ	ヒガシオオサカシ○○○サンチョウメ○パン○号			TEL 06 - ○○○○ - ○○○○		
現住所	〒578-○○○○ 東大阪市○○○3丁目○番○号			携帯TEL 090 - ○○○-○○○○ E-mail ○○@○○. com		
フリガナ	チホウドクリツギョウセイホウジン○○○○イリョウセンター			施設概要 【病床数】 ○○○ 床		
所属施設名	地方独立行政法人 ○○○○医療センター *正式名称を記入すること					
所属施設 住 所	〒578-○○○○ 東大阪市○○○○丁目○番○号			TEL○○ - ○○○ - ○○○○ 所属部署 (○○病棟) 内線番号 (○○○○) FAX○○ - ○○○ - ○○○○		
免許取得年月日	保健師	年	月	日	号	
	助産師	年	月	日	号	
	看護師	○○○○年	○月	○日	△△△△△△△	
学歴	年 月 日	学校・学部・学科名等				
	○○○○年 4月 ○日	○○○○高等学校 普通科			入学 <input checked="" type="radio"/> 卒後 <input type="radio"/>	
	○○○○年 3月 ○日	○○○○高等学校 普通科			入学 <input type="radio"/> 卒後 <input checked="" type="radio"/>	
	○○○○年 4月 ○日	○○看護専門学校			入学 <input checked="" type="radio"/> 卒後 <input type="radio"/>	
	○○○○年 3月 ○日	○○看護専門学校			入学 <input type="radio"/> 卒後 <input checked="" type="radio"/>	
	年 月 日					入学・卒後
	年 月 日					入学・卒後
	年 月 日					入学・卒後

※高等学校卒業から正確に記載して下さい。

勤務年月		施設名・部署名・職位・部署看護体制
職歴	○○○○年 4月～ ○○○○年 3月	施設名: ○○○○○病院 部署名: ○○病棟 職位名称: 看護師 部署看護体制: 10:1看護体制
	○○○○年 4月～ ○○○○年 3月	施設名: 市立東大阪医療センター 部署名: ○階○病棟 職位名称: 主任看護師 部署看護体制: 7:1看護体制
	○○○○年 4月～ 2022年 現在に至る	施設名: 市立東大阪医療センター 部署名: ○階○病棟 職位名称: 主查看護師 部署看護体制: 7:1看護体制
	年月～年月	施設名: 部署名: 職位名称: 部署看護体制:
※施設名・部署名・職位・部署看護体制を正確に記載して下さい。		

認定・専門看護師資格分野名	認定・専門看護師資格取得年	認定登録番号
○○看護認定看護師 分野	○○○○年 ○月 ○日	△△△△△△△△ 号
_____ 分野	年 月 日	号
_____ 分野	年 月 日	号
特定行為研修 受講歴	修了年・指定研修機関	修了した特定行為区分
	○○○○ 年 ○月 ○日 指定研修機関 (○○大学医学部附属病院)	共通科目 ○○領域 ○○区分
	年 月 日 指定研修機関 ()	

受付番号 (記載不要)

(様式 3)

課題レポート

志願理由書 (記載例)

記載日 ○○○○年 ○月 ○日

氏名 東大阪 花子

*研修の応募理由及び研修修了後の抱負について記入して下さい。 (800字以上1000字以内で、フォント10.5)

受付番号 (記載不要)

(様式 4)

推薦書 (記載例)

○○○○年 ○○月 ○○日

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 院長 殿

施設名	○○大学医学部附属病院
職名	○○○長
推薦者氏名 (自署)	大阪太郎
住所	大阪府○○市○○町○丁目○番○号
電話	○○ - ○○○ - ○○○○

地方独立行政法人市立東大阪医療センター特定行為研修の受講者として、下記のものを推薦いたします。

記

受講志願者氏名 : 東大阪 花子

➤ 推薦理由 (受講修了後の期待される役割等について記入してください。フォント10.5)

受付番号 (記載不要)

(様式 5)

既修得科目履修免除申請書 (記載例)

○○○○年 ○月 ○日

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 院長 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、別紙の区分行為については受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

指定研修機関	研修修了年月日
○○大学医学部附属病院	○○○○年 ○月 ○日

申請者氏名 東大阪 花子