

2027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したく、
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 ※希望するものに○を記入してください。但し、領域別パッケージ研修は1つのみの選択とする。

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

選択番号	特定行為区分別研修名	受講希望
⑤	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	
⑥	栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈カテーテル管理) 関連	○
⑦	創傷管理関連	○

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 - ○○○○ - ○○○○

受付番号 (記載不要)

(様式2)

履 歴 書 (記載例)

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

〇〇〇〇年 〇月 〇日現在

フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ	男 ☒ 女
氏 名	東大阪 花子	印
生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日生 (満 〇〇 歳)	

フリガナ	ヒガシオオサカシ〇〇〇〇チョウメ〇バン〇ゴウ		TEL 06 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
現住所	〒578-〇〇〇〇 東大阪市〇〇〇〇丁目〇番〇号		携帯TEL 090 - 〇〇〇-〇〇〇 E-mail 〇〇@〇〇. com
フリガナ	イリョウホジン〇〇〇〇ビョウイン		施設概要
所属施設名	医療法人 〇〇〇〇病院 *正式名称を記入すること		【病床数】 〇〇〇 床
所属施設 住 所	〒578-〇〇〇〇 東大阪市〇〇〇〇丁目〇番〇号		TEL 〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 所属部署 (〇〇病棟) 内線番号 (〇〇〇〇) FAX 〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
免許取得年月日	保健師	年 月 日	号
	助産師	年 月 日	号
	看護師	〇〇〇〇年 〇月 〇日	△△△△△ 号
学歴	年 月 日	学校・学部・学科名等	
	〇〇〇〇年 3月 〇日	〇〇〇〇高等学校 普通科 入学・ ☒ 卒後	
	〇〇〇〇年 4月 〇日	〇〇看護専門学校 ☒ 入学・卒後	
	〇〇〇〇年 3月 〇日	〇〇看護専門学校 入学・ ☒ 卒後	
	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。			

職歴	勤 務 年 月	施設名・部署名・職位・部署看護体制	
	〇〇〇〇年 4月～ 〇〇〇〇年 3月	施 設 名：〇〇〇〇〇病院 部 署 名：〇〇病棟 職 位 名 称：看護師 部署看護体制：10：1 看護体制	
	〇〇〇〇年 4月～ 〇〇〇〇年 3月	施 設 名：〇〇〇〇〇病院 部 署 名：〇階〇病棟 職 位 名 称：主任看護師 部署看護体制：7：1看護体制	
	〇〇〇〇年 4月～ 2022年 現在に至る	施 設 名：〇〇〇〇〇病院 部 署 名：〇階〇病棟 職 位 名 称：主査看護師 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
〇〇看護認定看護師 分野		〇〇〇〇年 〇月 〇日	△△△△△△△ 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
	〇〇〇〇 年 〇月 〇日 指定研修機関（ 〇〇大学医学部附属病院 ）		共通科目 〇〇領域 〇〇区分
	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)

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

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	〇〇大学医学部附属病院
職名	〇〇〇長
推薦者氏名 (自署)	大阪太郎
住所	大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
電話	〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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)

〇〇〇〇年 〇月 〇日

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
〇〇大学医学部附属病院	〇〇〇〇年 〇月 〇日

申請者氏名 東大阪 花子