（様式１）

受　講　願　書

（琉球大学病院　看護師特定行為研修）

　　　年　　月　　日

琉球大学病院長　　殿

（申込者）住　所：

　氏　名（自署）：

　私は、下記の琉球大学病院看護師特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて提出します。

記

**※2,※4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 科 目 名 | 受講希望に「○」 |
| **区分別科目****※3** | **必修** | ① | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連**※1，※2** |  |
| **選択** | ② | 動脈血液ガス分析関連 |  |
| ③ | 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 |  |
| ④ | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |
| ⑤ | 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 |  |
| ⑥ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |  |
| ⑦ | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| ⑧ | 胸腔ドレーン管理関連 |  |
| ⑨ | 腹腔ドレーン管理関連 |  |
| ⑩ | 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 |  |
| ⑪ | 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 |  |
| ⑫ | 心囊ドレーン管理関連 |  |
| ⑬ | 創傷管理関連 |  |
| ⑭ | 透析管理関連 |  |
| ⑮ | 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |
| **領域別パッケージ研修** | ⑯ | 救急領域（パッケージ研修） |  |
| ⑰ | 外科系基本領域（パッケージ研修） |  |
| ⑱ | 在宅・慢性期領域（パッケージ研修） |  |
| ⑲ | 術中麻酔管理領域（パッケージ研修） |  |
| ⑳ | 集中治療領域（パッケージ研修）**※5** | **別途「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を履修する。** |  |

**※1　「共通科目」及び①「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」は必修のため、必ず履修する。**

**※2　既に履修済みの科目について、履修免除を希望する場合は、既修得科目履修免除申請を行う必要がある。**

**※3　区分別科目は①の必修科目を含め、一度に選択できる区分別科目は3区分までとする。**

**※4　領域別パッケージ研修を選択する場合、①の必修科目の他、選択科目から④「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」のみ併願可能とする。**

**※5　⑳「集中治療領域」は、必修科目①「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を併せて履修する必要がある。**

（様式２)

履　　歴　　書

 記入日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | **写真貼付欄**・３か月以内撮影・上半身、無帽、 正面向、無背景 ・縦４cm×横３cm ・裏面に氏名記入 |
| 氏名（自署） | 性別（　　　） |
| 生年月日（年齢） | 　　　年　　　月　　　日生　（満　　　 歳　） |
| 自宅住所 | （〒　　　　　－　　　　　　） |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　（　　　　　） |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 緊急連絡先（携帯） | 電話番号：　　　　（　　　　　）メールアドレス：　　　　　　　　　　＠ |
| 通学時間等 | 本院までの通学時間（　　　　　）分主な通学手段（バス・モノレール・タクシー・自家用車・その他（　　　　）） |
| 所　属　先 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所 在 地 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　） | FAX番号 | （　　　　） |
| 職　　種 |  | 職　位 |  |
| 学　歴　・　学　位　等 | 学校名称（学部・学科・学位名）※高等学校以上を記載してください。 | 入学年月 | 卒業年月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年　　 月 | 　　　　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年　　 月 | 　　　　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年　　 月 | 　　　　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年　　 月 | 　　　　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年　　 月 | 　　　　　年　　 月 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 免　許　・　資　格 | 看護師 | 　　年　 　月　 　日　免許取得　（第　　　 　　　　　号） |
| 保健師 | 　　年　 　月　 　日　免許取得　（第　　　 　　　　　号） |
| 助産師 | 　　年　 　月　 　日　免許取得　（第　　　 　　　　　号） |
| その他 | 免許・資格名（取得分野名称等（例：看護分野）） | 取得年月日 | 番　号 |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |
| 職　歴 | 施設名 | 勤務歴 | 在籍年数 | 診療科等 | 職位等 |
|  | 　　　　 年　　月　 日～　　　　 年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 　　　　 年　　月　 日～　　　　 年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 　　　　 年　　月　 日～　　　　 年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 　　　　 年　　月　 日～　　　　 年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 　　　　 年　　月　 日～　　　　 年　　月　 日 |  |  |  |
| 現在の職務内容 | （主な対象と看護内容を具体的に記載してください。） |
| 所属学会 |  | 備考欄 | **※応募する区分に関連する研修の受講歴等** |

（様式３）

受 講 志 願 理 由 書

　　　　　年　　　月　　　日

氏名:

○受講志願特定行為区分名

【 志願理由（字数は問いません） 】

（様式４－１）琉球大学病院の職員用

推　薦　書

琉球大学病院長　　殿

所　　　　属

職　　　　位

所属部門長(等)名

（推薦者:自署）

琉球大学病院看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　　　）

○被推薦者が志願する特定行為区分名

【 推薦理由 】 ※現在の職務内容及び受講終了後の期待される役割などを記載してください。

（様式４－２）琉球大学病院以外の職員用

推　薦　書

琉球大学病院長　　殿

所　　　　属

職　　　　位

施設代表者名

（推薦者:自署）

琉球大学病院看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　　　）

○被推薦者が志願する特定行為区分名

【 推薦理由 】 ※現在の職務内容及び受講終了後の期待される役割などを記載してください。

**○被推薦者の貴施設での実習指導の希望について（該当箇所に☑してください）：　□有　・　□無**

※実習者指導のできる医師の指導者が必要となります。医師の指導者は、臨床研修における指導医講習会を受講した医師をいいます。

※また、琉球大学病院の研修協力施設として、厚生労働省への登録が必要となります。

別紙様式第２号

既修得科目等履修免除申請書

 琉球大学病院長　殿

　　　　年　　　月　　　日

研修生番号

氏　名（自署）

私は、琉球大学病院の看護師特定行為研修において、下記の科目の履修免除を申請いたします。

記

下欄をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目名 | 受講開始及び修了年月日 | 修了番号 |
|  | 　　　　　年　　月　　　日受講開始　　　　　年　　月　　　日受講（ 修了 ・ 修了見込 ） |  |
|  | 　　　　　年　　月　　　日受講開始　　　　　年　　月　　　日受講（ 修了 ・ 修了見込 ） |  |
|  | 　　　　　年　　月　　　日受講開始　　　　　年　　月　　　日受講（ 修了 ・ 修了見込 ） |  |
|  | 　　　　　年　　月　　　日受講開始　　　　　年　　月　　　日受講（ 修了 ・ 修了見込 ） |  |