（様式１）

琉大病院看護師特定行為研修用

用

受験者番号：

受　講　願　書

（琉球大学医学部附属病院　看護師特定行為研修）

平成　　　年　　月　　日

琉球大学長

殿

琉球大学医学部附属病院長

　　　　　（申込者）

　　　　　　　　 住所：

 氏名（自署）：

　私は、下記の琉球大学医学部附属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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 特定行為区分 | 特定行為名 | 受講希望に「○」 |
| １ | 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |  |
| ２ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |
| ３ | 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |  |
| 橈骨動脈ラインの確保 |

※共通科目は必修となっているため、必ず履修する。

以上

（様式２)

受験者番号：

琉大病院看護師特定行為研修用

用

　　　履　　歴　　書

**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

記入日：平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名（自署） | 性別（　　　） |
| 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　　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 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 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下さい。 | 入学年月 | 卒業年月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 昭・平 　　年　　 月 | 昭・平 　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 昭・平 　　年　　 月 | 昭・平 　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 昭・平 　　年　　 月 | 昭・平 　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 昭・平 　　年　　 月 | 昭・平 　　年　　 月 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 昭・平 　　年　　 月 | 昭・平 　　年　　 月 |
| 免　許・資　格 | 看護師 | 昭和・平成 　　年　 　月　 　日免許取得　（第　　　 　　　　　号） |
| 保健師 | 昭和・平成 　　年　 　月　 　日免許取得　（第　　　 　　　　　号） |
| 助産師 | 昭和・平成 　　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 |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 昭・平　　年　　月　　日 |  |
| 職　歴 | 施設名 | 勤務歴 | 在籍年数 | 診療科等 | 職位等 |
|  | 昭・平 　年　　月　 日～昭・平 　年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 昭・平 　年　　月　 日～昭・平 　年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 昭・平 　年　　月　 日～昭・平 　年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 昭・平 　年　　月　 日～昭・平 　年　　月　 日 |  |  |  |
|  | 昭・平 　年　　月　 日～昭・平 　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下さい。） |
| 所属学会 |  | 備考欄 |  |

琉大病院看護師特定行為研修用

用

受験者番号：

（様式３）

琉大病院看護師特定行為研修用

用

受験者番号：

受 講 志 願 理 由 書

平成　　　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）

琉大病院看護師特定行為研修用

用

受験者番号：

推　薦　書

琉球大学長

殿

琉球大学医学部附属病院長

所　属

職　位

施設代表者名

（推薦者：自署）

琉球大学医学部附属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下さい。

○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☑して下さい）：　□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、琉球大学医学部附属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。