

受 講 願 書

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

私は、高崎健康福祉大学における看護特定行為研修課程の受講を希望します。
よって、関係書類を添えて出願します。

受講する特定行為研修区分名（希望する区分に○をつける）

特定行為区分名		希望する区分
特定行為区分	在宅・慢性期領域パッケージ	

(西暦) 年 月 日

ふりがな

氏 名 ㊞

生 年 月 日 (西暦) 年 月 日

現 住 所 〒

電 話 番 号 (固定)

(携帯)

(西曆) 年 月 日現在

1. 最近3カ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に記名

フリガナ		男・女
氏 名		印
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	

[illegible]

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由 書

氏名	
----	--

--

推 薦 書

年 月 日

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

施設の名称

看護部門責任者職位

看護部門責任者氏名 印

高崎健康福祉大学看護師特定行為研修課程の入学生として、次の者を推薦いたします。

氏名

【推薦理由】

--

看護師特定行為研修 実習施設情報

1. 該当するものに○を記入してください。

該当する区分別科目		13 週間で自施設に 対象となる事例が 5 症例以上ある場合	区分別科目ごとの 自施設実習における 指導者がいる場合
呼吸器（長期呼吸療法に 係るもの）関連	気管カニューレの交換		
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテルもしくは 腸ろうカテーテル又は 胃ろうボタンの交換		
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療 における血流のない壊死 組織の除去		
栄養及び水分管理に係る 薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液に よる補正		

*指導者とは、臨床経験が7年以上で「医師の臨床研修に係る指導者講習会」を受講、または医学生や研修医に対する教育経験がある医師です。

2. 所属施設の看護師特定行為研修を修了した看護師の有無に○をつけてください。

有と答えた方は人数を記入してください。

① 有 () 名 ② 無

3. 貴施設での実習指導について、指導体制の有無に○をつけてください。

① 有 ② 無

3. 貴施設の医療安全管理体制の有無に○をつけてください。

① 有 ② 無

機関（施設）名：

職位名：

氏 名 :

印

* 様式5は推薦書を記入したものと相談して記入してください。

緊急連絡先

災害などで試験や実習の日程に変更が生じた場合、あるいは研修に関して緊急の連絡が必要な場合に、看護実践開発センターより連絡させていただくことがあります。

氏 名		
現住所		
本人	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
	FAX	
	E-mail	
所属 施設	施設名	
	施設所在地	
	電話番号	内線()
本人 以外 緊急 1	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
本人 以外 緊急 2	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	

(注意事項)

- ①本人以外の緊急連絡先は1箇所以上記入してください。
- ②間違いがないよう、正確に記入してください。

受験料「振込金受取書」貼付書

(注意事項)

- 1 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、受験料 30,000 円を
受験者本人名義で振り込んでください。
- 2 A T M、ネットバンキングでの振込可。ただし、振込人名義は出願者氏名としてください。
また、明細票（コピー可）や振込控の画面等を下記の欄に貼付してください。これらの情報がない場合、振込確認ができないことがあります。
- 3 振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼り付けてください。
※必ず、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。
※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼りつけてください。（縮小コピー可）
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

(貼付欄)

- この枠内にはがれないようにのり付けしてください。
- 枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。