

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日

看護師特定行為研修志願書

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長 殿

私は、徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域保健科学部門看護師特定行為研修(在宅・慢性期領域)を受講したいので、ここに関係書類を添えて志願します。

現住所
(〒 —)

ふりがな
志願者氏名 (自署)

履 歴 書

受験番号 ※

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名			男・女	写真貼付欄 カラー，正面向き， 無帽，上半身，無背 景で，出願前3か月 以内に撮影したもの を全面のり付けして 貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名	
生年月日	昭和・平成	年	月		日生 (満 歳)
ふりがな 現住所	〒		メールアドレス TEL (自宅・携帯)		
勤 務 先 所属機関	ふりがな 名 称				
	設置主体				
	施設長名				
	出願者の 職種・職位				
	所在地	〒	TEL		
免許取得 年月日	保健師	年	月	日 免許証番号 号	
	助産師	年	月	日 免許証番号 号	
	看護師	年	月	日 免許証番号 号	
学 歴	高等学校卒業以上について記載してください。※西暦で記入				
	年	月			
	年	月			
	年	月			
	年	月			
	年	月			

職 歴	看護師免許取得以降，部署名，職位を含めて記載してください。※西暦で記入
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
資 格	
賞 罰	
研修受講歴 (5日以上)	
学会及び社会における活動(所属学会)	

注1) 勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称(独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等)を記入してください。

注2) 資格欄には，保健師，助産師，看護師以外の医療系の資格(専門看護師，認定看護師)，社会福祉士等について，記入してください。

注3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

志 願 理 由 書

氏 名 _____

- 注1) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折り畳んだり、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。
- 注2) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

推 薦 書

令和 年 月 日

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長 殿

施設等の名称

施設長名 _____

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域保健科学部門看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

記

受講志願者名 _____

推薦理由

- 注1) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折り畳んだり、用紙をはみ出して貼付しないでください。
- 注2) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は、記入しないでください。

特定行為研修自施設情報（在宅・慢性期領域）

氏名 _____

該当する箇所を記入してください。

実習予定施設の正式名称 _____

区分別科目名	特定行為名	対象となる事例が平均で6ヶ月あたり5例以上ある	該当するものに☑する。		
			① 自施設に特定行為の 臨床実習を行える 医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為 区分の臨床実習 が行える看護職の 指導者がいる	③ 自施設に特定行為 修了者がいる
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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血による補正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 自施設実習が困難である。

その理由

受験番号	※
------	---

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日

既修得科目履修免除申請書

徳島大学大学院医歯薬学研究部保健学域長 殿

ふりがな
申請者氏名 (自署) _____

私は、看護師特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、修了証及び履修した科目のシラバスを添えて既修得科目の履修免除を申請します。

記

履修免除を申請する既修得科目 (該当する科目の「履修免除申請」欄に○を記入してください。)

科目名		履修免除申請
共通科目		
平成22年度及び23年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業における研修		
平成24年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学、フィジカルアセスメント、臨床薬理学		
特定行為区分 (在宅・慢性期領域)	特定行為名	履修免除申請
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	胃ろうカテーテル若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	

令和6年度
徳島大学大学院医歯薬学研究部看護師特定行為研修
(在宅・慢性期領域)

受験票		受験番号	※
ふりがな			写真貼付欄 カラー、正面向き、 無帽、上半身、無背 景で、出願前3か月 以内に撮影したもの を全面のり付けして 貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名
氏名			
【試験日程】 令和6年1月20日(土) 11時00分～12時00分 筆記試験 13時00分～ 面接			
【試験場】 徳島大学保健学C棟			

注) ※印欄は記入しないでください。

----- 切り離さないでください -----

令和6年度
徳島大学大学院医歯薬学研究部看護師特定行為研修
(在宅・慢性期領域)

写真票		受験番号	※
ふりがな			写真貼付欄 受験票と同一の写真 を全面のり付けして 貼付してください。 縦4cm×横3cm *写真裏面に記名
氏名			
所属施設名			
所在地 (都道府県名のみ)			

注) ※印欄は記入しないでください。

*写真は合格した際には身分証明書として使用します