**独立行政法人国立病院機構宮崎東病院**

**2024年度 特定行為研修**

**受講申請書類一式**

1. 受講申請書（様式1）
2. 履歴書（様式2）
3. 志願理由書（様式3）
4. 推薦書（様式4）
5. 履修免除申請書（様式5）
6. 受験票（様式6）
7. 写真表（様式7）

**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人国立病院機構

宮崎東病院　院長　殿

私は、独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院　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申請します。

西暦 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

**（様式　2）**

**履　歴　書**

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

西暦　　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

**履　歴　書**

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

西暦　2024　年 4 月 1 日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | | | | 男　女 |
| 氏　　名 | 山　田　　花　子 | | | | 印  山田 |
| 生年月日 | 西暦　1988　年　5　月　16　日生　（満　31　歳） | | | | |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | | | | | | TEL　0123-456-7890  携帯TEL　090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒123-0045  ○○県○○市○○町1丁目1-1 | | | | | |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン | | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院  ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒123-0065  ○○県○○市○○町2丁目2-2 | | | | | | TEL　0123-194-1110  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　　）  FAX　0123-194-1112 | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　2010 年　4　月　5　日 | | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載  感染管理認定看護師 | | | | | | 【取得年】  2017年 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | | ○○県立　○○高等学校 | | | | | 西暦 2007 年 3 月 卒業 | |
| 専門学歴 | | ○○県立　○○看護専門学校 | | | | | 西暦 2010 年 3 月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○県立○○病院  （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年）  現在に至る | | | | | 【期間】  2010年4月～ | | | |

**（様式　3）**

**志　願　理　由　書**

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

氏　名

|  |
| --- |
|  |

**（様式　4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

宮崎東病院　院長　殿

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

|  |
| --- |
| 推薦理由 |

**（様式　5）**

**履　修　免　除　申　請　書**

独立行政法人国立病院機構

宮崎東病院　院長　殿

私は、独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院　特定行為研修を受講するにあたり、入講前の既習科目の認定及び履修免除を認定していただきたく、ここに関係書類を  
添えて申請します。

西暦　 年 月 日

　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　印

**（様式　6）**

独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

看護師特定行為研修

**2024年度　受験票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
|  |  |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

1. 試験会場

　独立行政法人国立病院機構宮崎東病院 研修センター

1. 時間割

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 9:00 ～ | 9:30 |
| オリエンテーション | 9:30 ～ | 9:45 |
| 小論文 | 9:45 ～ | 10:45 |
| 面接オリエンテーション | 10:45 ～ | 11:00 |
| 面接 | 11:00 ～ | 終了まで |

1. 試験に持参するもの
   1. 受験票
   2. 筆記用具（鉛筆・シャープペンシル・消しゴムを準備してください）
   3. マスク
2. 試験時の注意点
3. 試験中は携帯電話の電源を切って、カバンに入れてください
4. 試験中は、係員の指示に従ってください

※欄は記入しないこと

**（様式　7）**

独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

看護師特定行為研修

**2024年度　写真票**

正面写真

(40×30mm)

3カ月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
|  |  |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

※欄は記入しないこと