

# 独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

2025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)

※次頁からの上記書類を切り取りご使用ください。

申請書類は、宮崎東病院の病院ホームページよりダウンロードすることもできます。  
書類に不備がある場合は受理できないこともあるためご注意ください。



## 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

フリガナ  
申請者氏名 (自署)

印

## 履 歴 書

西暦 年 月 日現在

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
--

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
現住所	〒		携帯TEL
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】	

## 履歴書

西暦 2025 年 4 月 1 日現在

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

フリガナ	ヤマダ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	山田 花子	山田
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 37 歳)	

フリガナ	〇〇ケン〇〇ン〇〇チョウ	
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1	TEL 0123-456-7890 携帯TEL 090-1234-5678
フリガナ	〇〇ケンリツ 〇〇ビョウイン	
所属施設名	〇〇県立 〇〇病院 *正式名称を記入すること	
所属施設 住所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町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	〇〇〇〇〇〇 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	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業
職 歴		
【施設名・診療科】 〇〇県立〇〇病院 (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～	

# 志 願 理 由 書

西曆 年 月 日

氏 名

# 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

## 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

フリガナ  
申請者氏名 (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

2025 年度 受験票

受験番号	※
フリ 氏	ガナ 名
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

2. 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

3. 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

4. 試験時の注意点

- 1) 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
- 2) 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

2025 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	※
フリ 氏	ガナ 名
生年月日	西暦 年 月 日

※欄は記入しないこと