**（様式　1）**

受付番号：

**公立大学法人大阪 大阪公立大学**

**看護師特定行為研修**

**志　願　書**

公立大学法人大阪理事長　殿

私は、下記の公立大学法人大阪 大阪公立大学　看護師特定行為研修を

受講したく、関係書類を添えて出願いたします。

志願する区分別科目名　（志願する区分別科目名にチェックする）

□　急性重症ケアコース

　　　集中治療領域パッケージ　＋特定行為：直接動脈穿刺法による採血

□　呼吸器（気道確保に係るもの）関連

□　呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

□　栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連

□　動脈血液ガス分析関連

□ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

□ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連

西暦 　　年 　　　月　　 日

（自署）

西暦 　　　　年 　　 　月 　日　　 生

現住所　　〒

TEL　　　　　 　-　　　 　　-

**（様式　2）**

受付番号：

写真 貼付

（4.5cm×4.5cm）

1.6か月以内に撮影

2.裏面に記名、貼付

**履　歴　書**

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） | | |
| 現住所 | | 〒（　　 　－　　 　）  ＴＥＬ　　　　 　（　　　）    緊急連絡先：氏名＜続柄＞　　　　　　　　 　　　　　　　　TEL　　　　　（　　　）  　Eメールアドレス 　 　 @ | | | | |
| 選考結果  通知先 | | 〒（　 　　－　　 　）    （現住所と同じ場合は記入不要）　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　 　（　　　　） | | | | |
| 勤  務  先 | フリガナ |  | | |  | |
| 所属  施設名 |  | | |  | |
| 所属施設  住所 | 〒（　　 　－　 　　） | | | TEL　　　　（　　　　）  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　） | |
| 施設長名 |  | | | | |
| 出願者の職種 |  | | | | |
| 出願者の職位 |  | | | | |
| 免許取得年月日  免許番号 | | 保健師　（西暦）　　　 　 年 月 　 　日  助産師　（西暦）　　　 　 年 　 　 月 　 　日  看護師　（西暦）　　　 　 年 　 　月 　 　日 | | | 号  　　　　　 　　　　 号  　　　　　　 号 | |
| 認定看護師資格  分野名　　　　　 分野 | | 認定看護師資格取得  (西暦)　　　　　 年　　 　月　　　 日 | | | 認定登録番号  　　　　　　　　　　 号 | |
| 専門看護師資格  分野名　　　　 　分野 | | 専門看護師資格取得  (西暦)　　　　 　年 　　　月　　 　日 | | | 認定登録番号  　　　　　　　　　 　 号 | |
| 学  歴 | （西暦）　 　　年　　　月  　～　　 年　　　月 | |  | | | |
| （西暦）　　　 年　　　月  ～　　 年　　　月 | |  | | | |
| （西暦）　　 　 年　　　月  ～　　 年　　　月 | |  | | | |
| （西暦）　　　 年　　　月  ～　　 年　　　月 | |  | | | |

＊高等学校以上について記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職  歴 | （西暦）　　　 年　　　月  ～　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　～ 　　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　～ 　　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　　～ 　　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　　～ 　　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　　～ 　　　 年　　　月 |  |
| 年　　　月  　　～ 　　　 年　　　月 |  |
| ＊施設名、診療科を記載してください | | |

|  |
| --- |
| 推薦 　推薦者：＜大阪公立大学医学部附属病院看護職＞□　所属部署師長  ＜上記施設以外の看護職＞　 　□　所属長　 　 （□内をチェックする）  　看護師特定行為研修の受講者として、上記の者を推薦致します。  　　推薦者　　職位：　　　　　　　　　　　　 　　　氏名：（自署） |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定資格等  （名称、取得年を記載） |  |
| 所属施設での活動実績  （委員会活動等） |  |
| 学会及び研究会発表等の業績（過去の研究発表、論文発表等について記載） |  |

＊行が不足する場合は、追加して記入してください。

＊なお、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には利用しません。

**（様式　3）**

受付番号：　　　　　氏名

**3．受講動機**

「看護師として活動している状況と課題を踏まえ、特定行為研修を受講し今後どのように貢献したいか」、

総文字数1,０00字以内で以下に述べてください。

　●規定

　　・Word 記載設定（MS明朝、フォント11ポイント）　・本文の最後に総文字数を記載する

|  |
| --- |
|  |

**（様式 4）**

受付番号：

**推　薦　書**

公立大学法人大阪 大阪公立大学　看護師特定行為研修の受講者として、

次の者を推薦いたします。

**志願者氏名**

* 特定行為研修修了後の進路や所属先が期待する役割などについて記載してください。

西暦　　 　　　年　　　 月　　　　日

　　　施　設　名

　推薦者職位

　推薦者氏名　（自署）

（推薦者は所属長など）