# 応募書類（印刷用）　　　　　　※必要な様式をページ指定のうえ、印刷してご利用ください。

様式1 　　 　　　 　　　　　　　　 　 記入日　 令和 　　年　　月　　日

入学願書

医療法人社団洛和会

洛和会音羽病院

理事長　様

私は、医療法人社団洛和会洛和会音羽病院で開始されます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応募いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講を希望する  特定行為区分 | □ | 1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
| □ | 1. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
| □ | 1. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| □ | 1. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| □ | 1. 創傷管理関連 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　西暦　　　　年　　月　　日

現住所

〒　　−

自宅電話番号：

携帯電話番号：

様式2

履歴書

写真貼付

（縦4cm×横3cm）

写真裏に氏名を記入すること

記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男　・　女 |
| 氏名 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 電話番号 |
| 現住所  〒（　　－　　　） |
| ふりがな | 電話番号 |
| 緊急連絡先（必ずご記入ください）  〒（　　－　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 看護の実務研修年数（通算）　　　年　　　ヶ月 | | |
| 認定資格等（名称、取得年を記載） | | |
| 院内での活動実績（委員会活動等） | | |
| 学会およ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） | | |

様式3-1

勤務証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

応募者氏名：

　上記の者は当機関（現在勤務先）において、以下の勤務経験を有することを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在職期間  （昭・平・令どちらかに◯） | 所属部門 | 勤務形態  （どちらかに◯） |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |
| 昭・平・令　 年 　月 　日 〜昭・平・令 　年 　月　 日 |  | 常勤・非常勤 |

合計　　　　年　　　か月

機関（施設）名：

代表者氏名：

機関（施設）所在地：〒　　-

電話番号：

FAX：

様式3-2

資格要件確認表

令和　　　年　　月　　日

応募者氏名：

資格要件に係る経験について、下記のとおりご報告致します。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 呼吸器関連  人工呼吸器管理を要する患者の看護経験の概要  　上記患者の看護を経験した病棟及び経験年数    経験症例の概要 |
| □ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  輸液管理を要する患者の看護経験の概要  (高カロリー輸液の投与及び脱水症状に関する輸液の補正)  　上記患者の看護を経験した病棟及び経験年数    　経験症例の概要 |
| □ | 創傷管理関連  褥瘡又は慢性創傷の治療に関する看護経験の概要  上記患者の看護を経験した病棟及び経験年数  経験症例の概要 |

* 記入欄が不足する場合は、文書（書式自由）を別添してください。

様式4

志望動機

　　令和　　年　　月　　日

応募者氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式5-1

推薦書（病院長または施設長）

令和　　　年　　月　　日

応募者氏名：

上記の者は特定行為研修の受講者として、専門教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦致します。

【具体的推薦内容】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

機関（施設）名：

推薦者職位：

推薦者氏名：

様式5-2

推薦書（看護部長または所属長）

令和　　　年　　月　　日

応募者氏名：

上記の者は特定行為研修の受講者として、専門教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦致します。

【具体的推薦内容】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

機関（施設）名：

推薦者職位：

推薦者氏名：

様式6

審査料払込証明

令和　　　年　　月　　日

応募者氏名：

振込先

|  |
| --- |
| 口座：京都銀行　本店  種類：普通　　番号：675273  名義：医療法人社団　洛和会  カナ：イ）ラクワカイ |

* 払込証明を貼付してください。残高等の記載は個人情報になりますので、必ず両面からマジック等で塗り潰してください。