

# 特定行為研修 応募書類

2021 年度版

指定研修機関

洛和会ヘルスケアシステム

洛和会音羽病院

## 提出書類一覧

1. 受講申請書（様式 1）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>氏名、生年月日、現住所、電話番号を記入し、押印すること（シャチハタ印可）</li> <li>日付は記入日を記入し、署名は自署すること</li> <li>希望するコースを選択すること</li> </ul>
2. 履歴書（様式 2）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日付は記入日を記入こと</li> <li>学歴・職歴はそれぞれの欄に記入こと</li> <li>所属機関は正式名称を記入こと</li> <li>所属科名は業務内容が分かるように記入すること（例：呼吸器外科病棟）</li> <li>学歴は高校卒業からとし、学校名は学科・課程も含め正式名称を記入すること</li> <li>職歴は、看護師としての職歴を記入すること</li> <li>必要事項を記入し、写真を貼付すること（縦 4cm×横 3cm、無帽、3 ヶ月以内に撮影したもの）</li> </ul>
3. 勤務証明書（様式 3-1）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現在の勤務先において勤務証明をもらうこと（上記職場で通算 3 年以上を満たす場合はその職場だけでよい）</li> <li>看護部長または所属長に承認を受けること</li> <li>所属診療科が分かるように記載すること</li> </ul>
4. 資格要件確認表（様式 3-2）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資格要件は、記載見本に沿って整理し記載すること</li> <li>経験した内容を具体的に記載すること</li> </ul>
5. 志望動機（様式 4）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該研修を受けるに際し、自身の志望動機や将来展望について記載し提出すること（400 字程度）</li> </ul>
6. 推薦書： 病院長または施設長（様式 5-1） 看 護部長または所属長（様式 5-2）	<p>指定の書式に記入すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>応募者自身が各推薦者に依頼し、推薦書をもらうこと</li> <li>推薦文はワード形式可、推薦者名は自署とすること</li> </ul>
7. 審査料払込証明（様式 6）	<p>審査料払込票のコピー（入金の際のレシート、領収書等）を貼付すること。</p>
8. 看護師・保健師・助産師免許の写し	<p>A4版に縮小し、添付すること</p>
9. 認定看護師認定証の写し	<p>A4版に縮小し、添付すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>区分別科目「創傷管理関連」選択者のみ</li> </ul>
10. 小論文	<p>800 字～1000 字、A4 縦横書き 1 枚、ワード形式、A4で添付すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>小論文のテーマを理解し、本人の考えが文字内で整理されること</li> </ul>

## 受講申請書

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課程に入学したく、ここに関係書類一覧を添えて申請いたします。

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  
 2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連  
 3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連  
 4. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  
 5. 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： \_\_\_\_\_





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）

## 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： \_\_\_\_\_ 印

機関（施設）所在地： 〒 - \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

F A X : \_\_\_\_\_

## 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。









## 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