

(様式 1)

※受験番号

受講申請書

(いまきいれ総合病院看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

公益社団法人昭和会
いまきいれ総合病院長

(申込者)

住所

氏名 (自署) _____ 印

私は、下記の公益社団法人昭和会 いまきいれ総合病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

受講希望に○	特定行為研修
	共通科目
	術中麻酔管理領域パッケージ研修
	いまきいれ I コース ・栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 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
	いまきいれ M コース ・創傷管理関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

(様式2)

※受験番号	
-------	--

履 歴 書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		写真貼付欄 (縦4cm×横3cm) 1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名記入
氏名・性別	(男・女)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	
自宅住所	〒 (-)	
電話番号(自宅)	()	
メールアドレス	@	
緊急連絡先(携帯)	()	
通学時間等	本院までの通学時間 () 分 主な通学手段：バス・電車・タクシー・自家用車 その他 ()	
所 属 先	フリガナ	
	施設名称	
	所在地	〒 (-) TEL : () FAX : ()
	施設長名	
	出願者の職種	
	出願者の職位	
	免 許 等	(看護師)
(保健所)		昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号
(助産師)		昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号
(認定看護師資格)		昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号
(専門看護師資格)		昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号

学 歴	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
※高等学校以上について記載してください。		
職 歴	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
※施設名、診療科を記載してください。		
資格・学位		
研修受講歴		
学会及び社会に おける活動（所属学会）		

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為以外には利用致しません。

(様式4)

※受験番号	
-------	--

推薦書

令和 年 月 日

公益社団法人昭和会
いまきいれ総合病院長

施設名

職位

推薦者(自署) _____ 印

公益社団法人昭和会 いまきいれ総合病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：

【推薦理由】 *現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

