

2019 年度 <第二期生>

セコム医療システム株式会社
看護師特定行為研修
入 講 願 書

年 月 日

セコム医療システム株式会社
看護師特定行為管理委員会 殿

(フリガナ)
志願者氏名 (自署)

印

私はセコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修に入講いたしたく、申請書類を添えて出願いたします。

-記-

<受講科目について>

①共通科目

共通科目の受講について、□に V (チェック) を記入ください。

共通科目	<input type="checkbox"/> すべて受講する (今回初めて受講する場合はこれを選択)	<input type="checkbox"/> 既取得科目履修免除を申請する (過去に全て又は一部科目履修→様式 6)
------	---	---

②特定行為区分 ※次の特定行為区分 10 区分のうち **4 区分以上** の選択が必修です

受講希望について、□に V (チェック) を記入ください。 ※ 過去に一部修得科目がある→様式 6

特定行為区分	(いずれかに V (チェック))	
呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
ろう孔管理関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
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	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
創傷管理関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
動脈血液ガス分析関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
感染に係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない
循環動態に係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/> 受講する	<input type="checkbox"/> 受講しない

履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ			性 別	男 ・ 女	写 真 サイズ 縦 4cm×横 3cm 6ヶ月以内に撮影 正面を向き顔がはっきり 確認でき、単身で頭部全 体が写っていること。 写真裏面に氏名を記入し て糊付けすること。
氏 名					
生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年 月	日生 (満	歳)	
現 住 所	(〒 -) 電話番号： () 緊急連絡先： ()				
勤 務 先	フリガナ				
	施 設 名 称				
	所 在 地	(〒 -) 電話番号： () ファックス： ()			
	施 設 長 名 (病院長名)				
	志願者の職種		志願者の職位		
免 許 等	(看護師)	昭和 ・ 平成	年 月	日 免許取得 ()号	
	(保健師)	昭和 ・ 平成	年 月	日 免許取得 ()号	
	(助産師)	昭和 ・ 平成	年 月	日 免許取得 ()号	
	(認定・専門 看護師)	分野 認定看護師 専門看護師	昭和・平成	年 月	日 取得 () 認定証号
分野 認定看護師 専門看護師		昭和・平成	年 年	日 取得 () 認定証号	
分野 認定看護師 専門看護師		昭和・平成	年 年	日 取得 () 認定証号	
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			
	昭和 ・ 平成	年 月			
	昭和 ・ 平成	年 月			
	昭和 ・ 平成	年 月			
※ 学歴：高等学校以上についてご記入下さい。					

職 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	
	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	
	昭和 ・ 平成	年 月	
	昭和 ・ 平成	年 月	
	昭和 ・ 平成	年 月	
	昭和 ・ 平成	年 月	
	※ 職歴：施設名、所属部署（診療科など）を記載して下さい。		
資 格			
学会および社会に おける活動 (所属学会等)			
賞 罰			

※ 記載場所が不足する場合はこの用紙をコピーして追加してください。
 ※ 記入された個人情報は看護師特定行為研修以外には利用いたしません。

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修

勤 務 証 明 書

下記の通りであることを証明します。

フリガナ									
志願者氏名									
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満	歳)				
在職期間	昭和・平成	年	月	日	～	昭和・平成	年	月	日
所属部署	①	昭和・平成	年	月	～	昭和・平成	年	月	
	②	昭和・平成	年	月	～	昭和・平成	年	月	
	③	昭和・平成	年	月	～	昭和・平成	年	月	
	④	昭和・平成	年	月	～	昭和・平成	年	月	

年 月 日

施設所在地：

施設名称：

施設長：



注) 受講要件

- 1 看護師免許を有すること
- 2 看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること
- 3 施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長等）及び施設長（病院長）の推薦状があること
- 4 看護職賠償責任保険に加入していること
- 5 研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属する施設（自施設）で行うことが可能であること

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修

推 薦 書

年 月 日

セコム医療システム株式会社
看護師特定行為管理委員会 殿

施設等の名称：

役 職：

推薦者の氏名： ⑩

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

志願者氏名 _____

【推薦理由】 ※ 受講修了後の期待される役割などを記入ください

注) 受講資格

- 1 看護師免許を有すること
- 2 看護師の免許取得後、通算 5 年以上の実務経験を有すること
- 3 施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長等）及び施設長（病院長）の推薦状があること
- 4 看護職賠償責任保険に加入していること
- 5 研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属する施設（自施設）で行うことが可能であること

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修

既修得科目履修免除申請書

年 月 日

セコム医療システム株式会社
看護師特定行為管理委員会 殿

(フリガナ)
志願者氏名 (自署)



私は看護師特定行為研修において下記科目を既に修得しているため、修了証明書を添えて履修免除を申請いたします。

-記-

免除を希望する科目について□に (チェック) し、修了認定の指定研修機関の名称、修了年月日をご記入ください。また本紙裏面に指定研修機関発行の修了証明書のコピーを貼付してください。

<共通科目>

*: 履修すべき共通科目の内容
臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践

共通科目の全ての科目の履修免除希望

修了認定指定研修機関の名称	修了認定日
	平成 年 月 日

共通科目の一部科目の履修免除希望

既修得科目	修了認定指定研修機関の名称	修了認定日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日

<区分別科目>

*: 区分別科目の履修免除について
区分別科目の一部履修している場合 (例: 臨床実習のみ未実施など)

区分別科目の一部の履修免除希望

既修得内容	修了認定指定研修機関の名称	修了認定日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日

◆履修証明書 (コピー) を裏面に添付 (のり付け) のこと