**独立行政法人国立病院機構東京医療センター**

**2025年度 特定行為研修**

**受講申請書類一式**

（1）受講申請書（**様式1**）

（2）履歴書（**様式2**）

（3）志願理由書**（様式3）**

（4）推薦書**（様式4）**

（5）実習施設情報（**様式5**）

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人　国立病院機構

東京医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 東京医療センター　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申請します。

西暦 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

**（様式　2）**

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

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） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　2022年 8月 1日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | | | | 男　女 |
| 氏　名 | 山　田　　花　子 | | | | 印  山田 |
| 生年月日 | 西暦　1988　年　5　月　16　日生　（満　31　歳） | | | | |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | | | | | | TEL　0123-456-7890  携帯TEL　090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒123-0045  ○○県○○市○○町1丁目1-1 | | | | | |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン | | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院  ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒123-0065  ○○県○○市○○町2丁目2-2 | | | | | | TEL　0123-194-1110  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　　）  FAX　0123-194-1112 | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　2010 年　4　月　5　日 | | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載  感染管理認定看護師 | | | | | | 【取得年】  2017年 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | | ○○県立　○○高等学校 | | | | | 西暦 2007 年 3 月 卒業 | |
| 専門学歴 | | ○○県立　○○看護専門学校 | | | | | 西暦 2010 年 3 月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○県立○○病院  （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年）  現在に至る | | | | | 【期間】  2010年4月～ | | | |

**（様式　3）**

**志　願　理　由　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏　名

|  |
| --- |
|  |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

**（様式　4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人　国立病院機構

東京医療センター　院長　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

|  |
| --- |
| 推薦理由 |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

**（様式　5）**

**実習施設情報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

**※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **施　設　名　称** |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 実習施設がない |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分別科目またはパッケージ研修の名称** | | **実習を行う**  **施設**  (※上記リストから番号を記入する) | **2か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入** | **指導者\*がいる場合、○を記入** |
| 領域別パッケージ研修  「外科系基本領域」 | 中心静脈カテーテルの抜去 |  |  |  |
| 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |  |  |  |
| 創部ドレーンの抜去 |  |  |  |
| 直接動脈穿刺法による採血 |  |  |  |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  |  |  |
| 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  |  |  |
| 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与 |  |  |  |
| 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |  |  |  |

＊指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師