

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター

2020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。

受講申請書

独立行政法人 国立病院機構

大阪南医療センター 院長 様

私は、独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター 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

フリガナ
申請者氏名 (自署)

印

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

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

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			
現住所	〒	TEL	携帯TEL
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】	

履 歴 書

西暦 2020 年 3 月 10 日現在

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

フリガナ	ヤマダ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	山田 花子	<input checked="" type="radio"/> 山田
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 31 歳)	

フリガナ	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ	
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1	TEL 0123-456-7890 携帯TEL 090-1234-5678
フリガナ	〇〇ケンリツ 〇〇ビョウイン	
所属施設名	〇〇県立 〇〇病院 *正式名称を記入すること	
所属施設 住 所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町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	〇〇〇〇〇〇 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	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業
職 歴		
【施設名・診療科】 〇〇県立〇〇病院 (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～	

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。

推 薦 書

西暦 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

大阪南医療センター 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

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※研修終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 「救急領域」	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整			
	侵襲的陽圧換気の設定の変更			
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更			
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整			
	人工呼吸器からの離脱			
	直接動脈穿刺法による採血			
	橈骨動脈ラインの確保			
	脱水症状に対する輸液による補正			
	抗けいれん剤の臨時の投与			

*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

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 「術中麻酔管理領域」	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整		
	侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	人工呼吸器からの離脱		
	直接動脈穿刺法による採血		
	橈骨動脈ラインの確保		
	脱水症状に対する輸液による補正		
	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		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		

*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