

(様式 2)

看護師特定行為研修 受講者履歴・推薦書

受付日*	受付番号*	受講番号*
/		

※ 病院記入欄

太枠内を正確に記入してください。

ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	顔写真 (6か月以内に 撮影したもの)	
氏名		性別	男 ・ 女		
勤務先		書類 送付先	勤務先 ・ 自宅		
勤務先所在地	〒 — TEL : — — FAX : — —				
勤務部署 及び担当科名		直通電話番号 または 内線番号	直通 :		
職名			内線 :		
自宅住所	〒 — (携帯 : — —) 携帯メールアドレス : @ 携帯以外のメールアドレス : @ ※受講決定後の緊急連絡メールに使用時(携帯・携帯以外)…どちらかに○をつけて下さい				
看護専門学歴	学校名 昭 ・ 平 年 月 卒業				
看護師免許取得※准看護師の経験は含めない 昭・平 年 月 日 取得 (免許証番号)	実務 経験 年数	保健師	助産師	看護師	合計
		年	年	年	年
所属施設の施設代表者及び看護代表者の推薦 (□内をチェックし署名をしてください) <input type="checkbox"/> 施設として特定行為の実施に対し必要性を理解し、特定行為の研修修了者の人材活用をすることを承諾し、上記の者を推薦します。 施設代表者 役職 : _____ 氏名 : _____ 印 看護代表者 役職 : _____ 氏名 : _____ 印 ※黒部市民病院の看護師の場合、施設代表者の推薦は不要とし、看護代表者を看護部長とする。					
看護師賠償責任保険などの加入 : 有 (看護協会 ・ その他) ・ 無					

職歴 ※現職場も含め、最近のものから記入	施設名	職種	勤務期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
主な研修歴・認定・資格等 ※看護業務に関連するもののみ記入	研修・認定・資格名		研修期間もしくは認定日等

【運営への同意】研修中にHPや広報等に使用する写真撮影をさせていただきます。 ※同意の場合はをお願いします。

【個人情報の取扱い】提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。