様式１

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**群馬県立県民健康科学大学**

**看護師特定行為研修課程**

**入　学　願　書**

　　年　　月　　日

群馬県立県民健康科学大学長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　私は、下記の群馬県立県民健康科学大学看護師特定行為研修課程に入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

　出願する特定行為研修区分名（希望する区分に○を記入する。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特定行為区分名 | | 希望する区分 |
| 特定行為区分  （複数選択可） | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |

（注）※印欄には記入しないこと。

様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**履歴書** 　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | | 性別 | | | 写真  （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．裏面に氏名を記入し、糊付け | |
| 氏　名 | | | | | | 男・女 | | |
| 生　年　月　日 | | | 西暦　　 　年　　月　　日生（満　　歳） | | | | | |
| 現　　住　　所 | | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）  緊急連絡先（携帯電話等）　　TEL　　　（　　　）  e-mailアドレス　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※受験票を電子メールにて送付するため、確実に送付できる  　アドレスを明確に記載してください。 | | | | | | | |
| 勤  務  先 | 施設等名称 | |  | | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | | | | |
| 出願者の職種 | |  | | | | | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | | | | | |
| 免  許  等 | （准看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （保健師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （助産師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （認定看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　　　取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （専門看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　　　取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| その他　　　 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| 学  歴 | 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| ※高等学校以上で専門学校等も記載してください。 | | | | | | | | | |
| 職　歴 | 就業期間 | | | | 施設名 | | | 所属部署名 | | 職種 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 看護師 実務経験 合計 | | | | 年 ヶ月 | | | | | |
| 保健･ 医療･ 福祉関連の  資格等 | | 資格等の名称 | | 取得年月日 | | | 登録番号 | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
| 研修受講歴  （5日間以上） | | 研修の名称 | | 主催 | | | 研修期間 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
| 学会及び社会における活動（所属学会） | | 所属学会名称・活動内容 | | 担当役割 | | | 活動期間 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |

（注）※印欄には記入しないこと。

※行が不足する場合は追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については看護師特定行為研修課程以外には利用しません。

様式３

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**志 願 理 由 書**

氏名

**1．志願理由及び修了後の抱負について400～600字程度で記入してください。**

**2．看護師による特定行為に関する医療倫理又は医療安全について学習し、ご自身の考えを400～600字程度で記入してください。**

　　　　　　　　　　　　　　　（注）※印欄には記入しないこと。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 別紙に記載する場合は、この用紙を表紙に添付すること。

様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**推　薦　書**

　　　年　　月　　日

群馬県立県民健康科学大学長　様

施設等の名称

長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

群馬県立県民健康科学大学看護師特定行為研修課程の入学生として、次の者を推薦いたします。

　　　　　　　　　　　志願者氏名

**【推薦理由】**

※　推薦理由は入学者が修了後に組織で活動するための組織のビジョン、勤務時間中の実習についてスタッフへの周知や業務のサポート体制、所属先から期待される役割などを含めて記入してください。

（注）※印欄には記入しないこと。

様式５

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**希望する区分別科目に関する施設情報**

　　　　　　　　　　　　　氏名

１．該当するものに○を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当する区分別科目 | 選択  科目 | 16週間で自施設に対象となる事例が5例以上ある場合 | 区分別科目ごとの自施設実習における指導者がいる場合 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |  |  |

＊指導者とは：臨床経験が7年以上で、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講、または医学生や研修医に対する教育経験がある医師です。

　２．所属施設の特定行為研修を修了した看護師の有無に○をつけてください。

有と答えた方は人数を記入してください。

①有　⇒　（　　　）名　　　 ②無

　３．貴施設での実習指導について、指導体制の有無に〇をつけてください。

①有　　　　 　　　　　 　②無

（注）※印欄には記入しないこと。

様式５は推薦書を記入した者と相談して記入すること。

様式６-1

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**既修得科目履修免除申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

群馬県立県民健康科学大学長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　私は、特定行為に係る看護師の研修制度において、以下の科目を既に受講修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

　　履修免除を申請する既修得科目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履修免除申請既修得科目 | 研修修了認定指定機関 | 修了認定日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

（注）※印欄には記入しないこと。

様式７

**令和７年度**

**群馬県立県民健康科学大学**

**看護師特定行為研修課程**

**写　真　票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |

|  |
| --- |
| 写真貼付欄  無背景、上半身、無帽、正面向きの写真の裏に氏名を書き、糊付けしてください。  （3か月以内に撮影したもの）  縦４㎝×横3㎝ |

（注）※印欄には記入しないこと。

様式８

**令和７年度**

**群馬県立県民健康科学大学看護師特定行為研修課程**

**入学試験料の領収証書等**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

ここにはがれないように貼ってください

（金融機関出納印のないもの、金額を訂正したもの、鉛筆書きのものは無効です）

（注）※印欄には記入しないこと。

【金融機関の窓口以外で振込を行った方】

　領収証書が添付できない方は、下記事項を必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込名義人 |  |
| 振込日 |  |

「宛名用紙」

**速達**

３

７

１

０

０

５

２

群馬県立県民健康科学大学

事務局教務係　行

前橋市上沖町三二三番地の一

看護師特定行為研修課程出願書類在中

簡　易　書　留

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 差　出　人 | 住　所 | 電話（　　　）　　－ |
| 氏　名 |  |