別紙様式１（第３条関係）

岡山大学病院看護師特定行為研修申請書

　　 令和 年 月 日

岡山大学長 　殿

　　　　　　　　　　 　　　　　 申請者氏名（自署）

　私は，下記の岡山大学病院看護師特定行為研修を受講いたしたく，関係書類を添えて申請いたします。

記

「希望欄」のいずれかに〇印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 領　域　名 | 希望 |
| 術中麻酔管理領域パッケージ |  |
|
| 外科術後病棟管理領域パッケージ |  |
| 急性期コース |  |
|

　　　　　　　　　　　　以　上

別紙様式２（第３条関係）

**履　歴　書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | | 性別 | **写　真**  （縦4㎝x横3㎝）  1.最近6ケ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(自署) | | | | | |  |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | |
| 現住所 | | | 〒（　　　－　　　）  TEL　　　　（　　　　　）  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 緊急連絡先  ＊災害などの緊急時に、岡山大学病院より連絡させていただきます。 | | | 連絡先氏名  TEL　　　　（　　　　　）  上記以外で連絡がとれる電話番号  TEL　　　　（　　　　　） | | | | |
| 選考結果通知先 | | | 〒（　　　－　　　）  TEL　　　　（　　　　　） | | | | |
| 勤務先 | フリガナ  施設名称 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 所在地 | | 〒（　　　－　　　） | | | | |
| 施設長名 | |  | | | | |
| 出願者職種・職位 | |  | | | | |
| 免許 | （看護師）昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　号  （保健師）昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　号  （助産師）昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　号  （認定看護師）昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　号  （専門看護師）昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　号 | | | | | | |
| 学  歴 | 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| ＊高等学校以上について記載して下さい。 | | | | | | |
| 職　歴 | 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月  　　～　　年　　月 | | | |  | | |
|  | ＊施設名、診療科名を記載して下さい。 | | | | | | |
| 所属施設内の教育歴  ＊ラダー等含む | | | | |  | | |
| 所属施設内の委員会活動 | | | | |  | | |
| 学会及び社会における活動  （所属学会:役割等） | | | | |  | | |
| これまでに受講した講習会等  （講習期間５日以上に限る） | | | | |  | | |
| その他 | | | | |  | | |

＊行が不足する場合には，この用紙をコピーして追加して記載して下さい。

　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以外には利用しません。

別紙様式３（第３条関係）

**申　請　理　由　書**

**令和　　年　　月　　日**

**氏名（自署）**

　＊研修の志望理由及び研修修了後の抱負について８００字以内で記入して下さい

|  |
| --- |
|  |

別紙様式４（第３条関係）

**推　薦　書**

**令和　　年　　月　　日**

**岡山大学長　殿**

**住　所：**

**施設名：**

**推薦者**

**職名・氏名:**　 　 　　　 　**印**

**TEL:**

　下記の者は，岡山大学病院看護師特定行為研修の受講者として，要件を充分に満たしていると評価しますので，ここに推薦いたします。

記

受講申請者氏名：

推薦理由【受講修了後の進路や期待される役割等について記入して下さい。】

|  |
| --- |
|  |

\*推薦者は，所属長（看護部長又は同等職位の所属長）としてください。

\*推薦者が施設長の場合，施設長印は私印ではなく職印（公印）をご使用ください。

別紙様式５（第３条関係）

実　務　経　験　書

令和　　年　　月　　日現在

氏名（自署）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 病床数 |  |
| 在職期間 | 昭和・平成・令和　　年　　月　～　昭和・平成・令和　　年　　月 | | |
| 勤務形態 | □常勤　　□非常勤 | 職　名 |  |
| 職務内容 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 病床数 |  |
| 在職期間 | 昭和・平成・令和　　年　　月　～　昭和・平成・令和　　年　　月 | | |
| 勤務形態 | □常勤　　□非常勤 | 職　名 |  |
| 職務内容 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 病床数 |  |
| 在職期間 | 昭和・平成・令和　　年　　月　～　昭和・平成・令和　　年　　月 | | |
| 勤務形態 | □常勤　　□非常勤 | 職　名 |  |
| 職務内容 |  | | |

\*職務内容には主な対象と看護内容を具体的に記入してください。上記用紙に記入しきれない場合には，この用紙をコピーして追記してください。

別紙様式６（第３条関係）

履　修　免　除　申　請　書

令和　　　年　　　月　　　日

　　岡山大学長　　殿

申請者氏名

私は，看護師特定行為研修において，放送大学等にて既に共通科目の受講を修了しているため，関係書類を添えて履修免除を申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講科目名 | 時間数 | 履修年度 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　[添付書類]以下の履修を証明する書類。なお、添付書類が応募時に提出できない場合は履修免除申請書（本紙）のみ提出し、２月末までに添付書類を追加提出すること。

放送大学：成績・単位修得証明書

特定行為研修e-ラーニング：以下の３点を証明する書類

・講義動画を定められた時間数閲覧した。（全体の９割）

・講義資料を閲覧した。

・テストを受講し、100％得点した。

別紙様式７

**個人情報の保護に関する誓約書**

岡山大学長　　殿

私は，貴院における看護師特定行為研修において，その研修期間中，岡山大学（以下「本学」という。）が定める諸規則及び以下の個人情報の取扱いに関する諸規定を遵守します。

また，規律ある行動をとり,研修中に生じた自身に起因する事故や不祥事件については,私が責任を負い貴院には一切迷惑をかけないことを誓約いたします。

記

1. 研修中に知り得た個人情報は，口外しないこと。
2. 不用意に，患者の診断・治療に関する情報を本人及びその家族等に公開しないこと。
3. 研修に必要な範囲を超えて個人情報を収集しないこと。
4. 研修記録等（診療記録等に整理されていないメモ，コンピュータに入力されたデータ等を含む。以下同じ。）へ個人情報を記録する際には，当該個人を第三者が特定できないよう，匿名化する等個人情報の記入において注意を払うこと。
5. 個人情報を含む資料（診療記録、検査記録、X線写真等）は，本院から一切持ち出さないこと。
6. 個人情報を含む研修記録等の管理に関しては，置き忘れ，紛失，盗難等がないよう，細心の注意を払うこと。
7. 研修後に不要となった研修記録等は，個人情報の判別し得ない形で，速やかに破棄又は消去すること。
8. 上記のほか，個人情報の取扱いに関して，本学の規則等を遵守し，適切に行うこと。

令和　　　年　　　月　　　日

氏名（自署）