※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式１）

**京都府立医科大学　看護師特定行為研修**

**受講申請書**

　　　年　　月　　日

京都府立医科大学長　殿

私は、京都府公立大学法人京都府立医科大学における看護師特定行為研修の受講を申請いたします。

コース名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

氏名（自署）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （様式２）  ※受験番号  **履　歴　書**  　　　年　　月　　日現在  **写真**  4×3cm　　　　6ヶ月以内の写真  写真裏面に記名して貼付 | | |
| ふりがな  氏　名 | | |  |
|  |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　月　　　日生　（　　）歳 |
| 現住所 | | | 〒　　　　－  TEL　　　　（　　　　）　　　　　　　携帯  　e-mail（PC）　　　　　　　　　　　　　@ |
| 勤  務  先 | | ふりがな  名　称 |  |
|  |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　） |
| 施設長名 |  |
| 所属長名 |  |
| 学  歴 | | （西暦）年　月 | 高等学校卒業から、記載して下さい。 |
|  | 高等学校　　　　　　卒業 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 職  歴 | | （西暦）年　月 | 施設名、配属診療科名、配属期間を記載してください。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 現在の職務 | | 所属部署・職位 | 職　務　内　容 |
|  |  |
| 看護師経験年数  （2025年9月時点） | | |  |
| 免許・資格・学位 | | |  |
| 学会及び社会に  おける活動  （所属学会；役職等） | | |  |
| 研修受講歴  （５日以上） | | |  |

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式３）

　受　講　志　願　理　由　書

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　氏名

|  |
| --- |
| 看護師特定行為研修受講の志願理由、および研修修了後の抱負を1600字以内で記載すること。 |
|  |

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式４）

受　講　推　薦　書

　　　　　　年　　月　　日

　京都府立医科大学長　殿

　　施設名

（施設長又は看護管理者）

推薦者職位

　　　　　　　　　　　推薦者氏名（自署）

京都府公立大学法人京都府立医科大学の看護師特定行為研修の受講者として

　受講志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

推薦理由（修了後、貴施設で期待する役割や組織としての展望などもご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式５）

**受　講　同　意　書**

　　年　　　月　　　日

京都府立医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講志願者氏名

上記の者が、京都府公立大学法人京都府立医科大学の看護師特定行為研修を受講申請

することを許可します。

施設名

（施設長）

職　　位

氏名（自署）

（看護管理者）

職　　位

氏名（自署）