

看護師特定行為研修

志願書類一式

-2024 年度-

国立大学法人三重大学

医学部附属病院

受験番号 _____

**年度 三重大学医学部附属病院
看護師特定行為研修
志願書**

年 月 日

三重大学医学部附属病院長 殿

志願者氏名 (自署) _____

私は、下記の三重大学医学部附属病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて申請いたします。

必修	共通科目	受講料 (税込み)
		457,600円

・受講希望のコースまたは区分別科目にチェックを入れる

コース	区分別科目	特定行為	受講料 (税込み)
□術中麻酔管理領域パッケージ	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	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	288,800円
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	
		人工呼吸器からの離脱	
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	
		橈骨動脈ラインの確保	
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	
術後疼痛管理関連	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		
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		

□ 救急領域 パッケージ	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	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	269,700 円	
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更		269,700 円
		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		
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血		269,700 円
		橈骨動脈ラインの確保		
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	脱水症状に対する輸液による補正	269,700 円		
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与			
□ 感染管理 領域	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	155,100 円	
		脱水症状に対する輸液による補正		
	感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		
□胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	44,800 円		
	胸腔ドレーンの抜去			
□腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む）	28,800 円		
□栄養に係るカテーテル管理 （中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去	25,600 円		

受験番号 _____

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな 氏 名				写真 4×3cm 6ヶ月以内の写真 写真裏面に記名 して貼付
生年月日（和暦）		年 月 日生（ ）歳		
現住所		〒 ー TEL（ ） 携帯		
勤 務 先	ふりがな 名 称			
	所在地	〒 ー TEL（ ）		
	施設長名			
	所属長名			
	志願者の職種		志願者の 職位	
学 歴	年 月	高等学校卒業から、年月（和暦）を入れて記載して下さい。		
		高等学校 卒業		
職 歴	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	所属部署の名称	職 務 内 容
	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)	
看護技術に関する 研修受講歴 (5日間以上)		

受験番号 _____

(様式 3)

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記載すること。

受験番号 _____

(様式 4)

推薦書

年 月 日

三重大学医学部附属病院長 殿

施設名 _____

職 位 _____

推薦者(自署) _____

三重大学医学部附属病院の看護師特定行為研修の受講者として、

氏名 _____ を推薦します。

推薦理由 (修了認定後、貴施設で期待する役割などもご記入ください)

※在職中の方のみご提出ください。

実習施設情報

年 月 日

氏名（自署） _____

1. 実習を行う予定の施設リスト

		施設名称
所属施設	①	
①以外の施設	②	
	③	

※②、③には実習受け入れの調整が済んでいる関連施設を記入して下さい。

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・特定行為名 受講する区分別科目に☑を記入	実習を行う 施設の番号 (上記リス トから番号 を記入)	3か月間で 対象となる 症例が 5症例以上ある 場合○を記入	指導医* がいる 場合 ○を記入
術 中 麻 酔 管 理 領 域 パ ッ ケ ー ジ	<input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連			
	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			
	<input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連			
	侵襲的陽圧換気の設定の変更			
	人工呼吸器からの離脱			
	<input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連			
	直接動脈穿刺法による採血			
	橈骨動脈ラインの確保			
	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
	脱水症状に対する輸液による補正			
	<input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連			
	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			
	<input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連			
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量 の調整				

*裏面もあります。

	区分別科目・特定行為名 受講する区分別科目に☑を記入	実習を行う 施設の番号 (上記リス トから番号 を記入)	3か月間で 対象となる 症例が 5症例以上ある 場合○を記入	指導医* がいる 場合 ○を記入
救急領域 パッケージ	<input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連			
	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			
	<input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連			
	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			
	<input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連			
	直接動脈穿刺法による採血			
	橈骨動脈ラインの確保			
	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
	脱水症状に対する輸液による補正			
	<input type="checkbox"/> 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連			
	抗けいれん剤の臨時の投与			
感染管理 領域	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整			
	脱水症状に対する輸液による補正			
	<input type="checkbox"/> 感染に係る薬剤投与関連			
	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与			
<input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン管理関連				
	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び その変更			
	胸腔ドレーンの抜去			
<input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン管理関連				
	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺 針の抜針を含む）			
<input type="checkbox"/> 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連				
	中心静脈カテーテルの抜去			

* 指導医：臨床経験7年以上かつ「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している、または
学会等が認定する指導医を有する医師・歯科医師

受験番号 _____

(様式 6)

既修得科目履修免除申請書

年 月 日

三重大学医学部附属病院長 殿

志願者氏名 (自署) _____

私は、以下のとおり研修修了認定指定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、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

研修修了認定指定機関	修了認定日
	年 月 日