

看護師特定行為研修

志願書類一式

-2020 年度-

国立大学法人三重大学
医学部附属病院

※受験番号 _____

(様式1)

令和2年度 国立大学法人三重大学医学部附属病院
看護師特定行為研修
受講申請書

令和 年 月 日

国立大学法人三重大学

医学部附属病院長 殿

志願者氏名 (自署) _____

私は、下記の国立大学法人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いので、関係書類(様式1~4)を添えて出願いたします。

記

特定行為区分別科目名
術中麻酔管理領域パッケージ

※受験番号 _____

履歴書

令和 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	昭和・平成	年 月 日生 () 歳	
現住所	〒 —		
	TEL ()	携帯	
勤 務 先	ふりがな 名称		
	所在地	〒 — 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

令和 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

令和 年 月 日

国立大学法人三重大学
医学部附属病院長 殿

施設名 _____

職 位 _____

推薦者(自署) _____

国立大学法人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)