

独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター

令和8年度 特定行為研修

受講申請書類一式

- (1) 受講申請書 (様式1)
- (2) 履歴書 (様式2)
- (3) 志願理由書 (様式3)
- (4) 志願する特定行為区分申請書 (様式4の1・2)
- (4) 推薦書 (様式5)
- (5) 受験票 (様式6)
- (6) 写真票 (様式7)
- (7) 実習施設情報 (様式8) *当院職員以外の受験生は提出すること
- (8) 受験料振込領収書の複写を貼り付ける台紙 (様式9)
- (9) 履修免除申請書 (様式10) *共通科目の履修を修了していて履修免除を受けようとする者のみ

「申請書類記入見本」を参照すること。

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 1)

受講申請書

独立行政法人 国立病院機構

高崎総合医療センター 院長 殿

私は、独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 特定行為研修を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

ふりがな
申請者氏名 (自署)

印

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 2)

履 歴 書

令和 年 月 日現在

正面上半身
(40×30mm)
6か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

ふりがな		男 女
氏 名		印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ			TEL
現住所	〒		携帯TEL メールアドレス
フリガナ			
所属施設名	*正式名称を記入すること		
所属施設 住 所	〒		TEL 所属部署もしくは内線番号 () FAX
免許取得年月日	保健師 西暦 年 月 日	号	
	助産師 西暦 年 月 日	号	
	看護師 西暦 年 月 日	号	
資格取得			
【資格名】*上記以外の医療に関する資格のみ記載		【取得日】	
学 歴			
一般学歴		西暦 年 月 卒業	
専門学歴		西暦 年 月 卒業	
職 歴			
【施設名・診療科】		【期間】	

履 歴 書

令和 8 年 8 月 10 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

ふりがな	たかさき はなこ	男 ☒ 女
氏 名	高 崎 花 子	☒ 高崎
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 ☐ 歳)	

フリガナ	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ		TEL 0123-456-7890
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1		携帯TEL 090-1234-5678 メールアドレス 〇〇〇@〇〇.〇〇
フリガナ	〇〇ケンリツ 〇〇ビョウイン		
所属施設名	〇〇県立 〇〇病院 *正式名称を記入すること		
所属施設 住 所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町2丁目2-2	TEL 0123-194-1110 所属部署もしくは内線番号 (内線 456) FAX 0123-194-1112	
免許取得年月日	保健師 西暦 年 月 日	号	
	助産師 西暦 年 月 日	号	
	看護師 西暦 2010 年 4 月 5 日	〇〇〇〇〇〇 号	
資格取得			
【資格名】*上記以外の医療に関する資格のみ記載 感染管理認定看護師		【取得年】 2017年	
学 歴			
一般学歴	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業	
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業	
職 歴			
【施設名・診療科】 〇〇県立〇〇病院 (外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従 看護師3年) 現在に至る		【期間】 2010年4月～	

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 3)

志 願 理 由 書

令和 年 月 日
氏 名

志願する特定行為区分申請書

令和 年 月 日

氏 名

No	特定行為区分	特定行為	志望する 区分に○を つける
区 分 別 科 目	1	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	
	2	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節	
		人工呼吸器からの離脱	
	4	循環器関連 一時的ペースメーカーの操作及び管理	
		一時的ペースメーカーリードの抜去	
		経皮的心肺補助装置の操作及び管理	
		大動脈内バルーンパンピングからの 離脱を行うときの補助の頻度の調節	
	6	胸腔ドレーン関連 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	
	9	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	
	10	栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型 中心静脈注射用カテーテル管理）関連 末梢留置型中心静脈注射用 カテーテルの挿入	
	13	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	
	15	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 量の調節	
		脱水症状に対する輸液による補正	
	17	血糖コントロールに係る薬剤投与関連 インスリンの投与量の調節	
	18	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節	

	19	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調節	
			持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調節	
			持続点滴中の降圧剤の投与量の調節	
			持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調節	
			持続点滴中の利尿剤の投与量の調節	
	20	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん薬の臨時の投与	
			抗精神病薬の臨時の投与	
			抗不安薬の臨時の投与	
志願する合計区分数				

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 5)

推 薦 書

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

高崎総合医療センター 院長 殿

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

推薦理由

(様式 6)
独立行政法人国立病院機構
高崎総合医療センター

令和8年度
看護師特定行為研修 受講者選考試験

受験票

受験番号	※
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
ふりがな	
氏 名	

※ 申請者は記入しない

申請者は切り取らない

(様式 7)
独立行政法人国立病院機構
高崎総合医療センター

令和8年度
看護師特定行為研修 受講者選考試験

写真票

受験番号	※
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
ふりがな	
氏 名	

※ 申請者は記入しない

正面上半身
(40×30mm)
6か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

枠内に履歴書に貼った写真と同一写真を
のりでしっかり貼ること

実習施設情報

1. 実習を行う予定の施設リスト

※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。

		施 設 名 称
自施設実習	①	
他施設実習	②	
	③	実習施設がない

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

[illegible]

*指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師、
特定行為研修指導者講習会を修了した医師

受験料振込領収書の複写を貼り付ける台紙



枠内に受験料振込領収書の複写をのりで貼付すること。

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 10)

履修免除申請書

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

高崎総合医療センター 院長 殿

フリガナ

申請者氏名（自署）

私は、看護師特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、修了証を添えて履修免除を申請致します。

記

履修免除申請科目	研修修了認定指定機関	修了認定日
共通科目		平成・令和 年 月 日

*修了認定日の該当する元号に○をすること

・添付書類

- ・修了証のコピー
- ・他指定機関で履修し、研究会のe-learning以外の場合には、共通科目のシラバスを提出すること