

独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター
令和4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) 推薦書 (様式4)
- (5) 受験票 (様式5)
- (6) 写真票 (様式6)
- (7) 実習施設情報 (様式7) *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8)

「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 様

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。

西暦 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

西暦 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

西暦 2022 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 <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 氏名 | 高崎 花子 | <input checked="" type="radio"/> 高崎 |
| 生年月日 | 西暦 1988 年 5 月 16 日生 (満 33 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

西暦 年 月 日
氏 名

受験番号 ※申請者は記入しない

(様式 4)

推 薦 書

西暦 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 様

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 5)
独立行政法人国立病院機構
高崎総合医療センター

令和4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 | 西暦 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 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4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 | 西暦 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

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。