

〈看護師特定行為研修〉 様式

様式1

受付番号	※ SMA
------	-------

入 学 願 書

福井大学大学院医学系研究科附属
地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門長 殿

私は、福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門「看護師特定行為研修」に入学したいので、ここに関係書類を添えて申請します。

- ☐ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 動脈血液ガス分析関連
- ☐ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- ☐ 周術期麻酔管理領域パッケージ

※受講希望区分別科目に☑してください。

注意）・区分別科目とパッケージ研修は同時に受講することはできません。

西暦 年 月 日
現住所
(〒 —)

(ふりがな)
氏 名 (自署)

西暦 年 月 日生

注) ※印欄は記入しないでください。

様式 2

受付番号 ※ SMA

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

ふりがな 氏 名			男 ・ 女	写真貼付欄 カラー，正面向き，無 帽，上半身，無背景で， 出願前3か月以内に撮影 したものを全面のり付け して貼付してください。 縦4 cm×横3 cm *写真裏面に記名
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)			
ふりがな 現 住 所	〒 — TEL 自宅： — — 携帯： — —			
勤 務 先 所属機関	ふりがな 名 称			所属部署
	設置主体			病床数 床
	所在地	〒 TEL		
看護師免許取得年月日	(西暦) 年 月 日 (号)			
認定看護師取得年月日 修了教育機関名	(西暦) 年 月 日 (号) 【機関名／分野】 / A 課程・B 課程			
学 歴 (高等学校卒業時から記入／認定看護師教育は含めない)				
(西暦) 年 月				
職 歴 (看護師免許取得以降，部署名，職位を含む)				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
特定行為研修区分別科目履修歴 (区分別科目名を記入)				
年 月～ 年 月		区分別科目名		

注1) ※印欄は記入しないでください。

注2) 勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人〇〇〇機構，〇〇県，医療法人〇〇会等）を記入してください。また，病床数は，病院全体の数を記入してください。

注3) 学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式3

受付番号

※ SMA

志 願 理 由 書

氏 名

注1) ※印欄は、記入しないでください。

注2) パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折り畳んだり、用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。

注3) 本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません

様式 4

受付番号	※ SMA
------	-------

推 薦 書

氏 名 _____

上記の者は、「看護師特定行為研修」の研修生として、専門教育を受ける要件を十分に満たしていると評価し、ここに推薦いたします。

推薦理由

西暦 年 月 日

機関（施設）名

所在地

職 位

推薦者氏名（自署）

注 1）※印欄は、記入しないでください。

注 2）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが、折りたたんだり、用紙をはみ出して貼付しないでください。

注 3）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

自 施 設 情 報

※受講する区分別科目名のみ症例数及び指導者について記入すること

受講を希望するものに☑する。	区分別科目名	特 定 行 為 名	症例数／月 ※5 症例以上必要です	該当するものに☑する。		
				① 自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為区分の臨地実習が行える看護職の指導者がいる	③ 自施設に特定行為研修修了者がいる
☐	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ※手術室での症例は原則含みません	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				
☐	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		☐	☐	☐
☐	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		☐	☐	☐
☐	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	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		☐	☐	☐

※特定行為研修の症例数については、各行為ごとに記載する。

※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし、特定行為 1 行為につき、5 症例以上を必要とする。自施設での実習や症例の確保が困難な場合は、関連病院施設など、協力施設の情報を記載すること。

※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは、医師の指導者は、7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注）※印欄は、記入しないでください

自 施 設 情 報

関連病院の場合は施設名を記入

【周術期麻酔管理領域パッケージ】

区分別科目名	特 定 行 為 名	症例数／月 ※5 症例以上必要です	該当するものに☑する。		
			① 自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる	② 自施設に特定行為区分の臨地実習が行える看護職の指導者がいる	③ 自施設に特定行為研修修了者がいる
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		☐	☐	☐
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		☐	☐	☐

※特定行為研修の症例数については、各行為ごとに記載する。

※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし、特定行為 1 行為につき、5 症例以上を必要とする。自施設での実習や症例の確保が困難な場合は、関連病院施設など、協力施設の情報を記載すること。

※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは、医師の指導者は、7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注）※印欄は、記入しないでください

令和 年 月 日

科目名	履修免除申請
共通科目 ☐ 全科目受講修了 ☐ 一部の科目のみ修了 科目名 ()	
平成 22 年度及び 23 年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業における研修	
平成 24 年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学, フィジカルアセスメント, 臨床薬理学	

令和 9 年度
看護師特定行為研修「区分別・パッケージ」

受 験 票		受験番号	※ SMA
ふりがな			写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前 3 か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦 4 cm×横 3 cm ＊写真裏面に記名
氏 名			
【試験日程】 令和 8 年 11 月 16 日(月) 11：00～ 面 接 【試験場】 福井大学医学部看護学科棟 2 階第 2 講義室			

注) ※印欄は記入しないでください。

令和 9 年度
看護師特定行為研修「区分別・パッケージ」

写 真 票		受験番号	※ SMA
ふりがな			写真貼付欄 受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。 縦 4 cm×横 3 cm ＊写真裏面に記名
氏 名			
所属施設名			
所在地 (都道府県名のみ)			

注) ※印欄は記入しないでください。