

(様式 2)

看護師特定行為研修 受講者履歴・推薦書

受付日*	受付番号*	受講番号*
/		

※ 病院記入欄

太枠内を正確に記入してください。

ふりがな	生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)		顔写真 縦 4cm×横 3cm (6か月以内に 撮影したもの)
氏 名	性 別		男 ・ 女		
施 設 名	書 類 送付先		施設 ・ 自宅		
施設所在地	〒 — TEL : — — FAX : — —				
勤務部署 (主な担当科)	直通電話番号 または 内線番号		直通 :		
職 位			内線 :		
自宅住所 ※緊急連絡時の アドレス必須	〒 — (携帯 : — —) 携帯メールアドレス : @ 携帯以外のメールアドレス : @ ※緊急連絡時は (携帯・携帯以外) …どちらかに○をつけて下さい				
看護専門学歴	学校名 昭 ・ 平 年 月卒業				
職 歴 ※現職場も含め、最近 のものが一番上 に来るように記入	施設名	職 種	勤務期間		
			年 月～ 年 月		
			年 月～ 年 月		
			年 月～ 年 月		
看護師免許取得※准看護師の経験は含めない 昭・平 年 月 日 取得 (免許証番号)	実務 経験 年数	保 健 師	助 産 師	看 護 師	合 計
		年	年	年	年
所属施設の施設長及び看護部長の推薦 (□内をチェックし署名をしてください)					
□ 施設として特定行為の実施に対し必要性を理解し、特定行為の研修修了者の人材活用をすることを承諾し、上記の者を推薦します。					
施設代表者 役職 :		氏名 :		印	
看護代表者 役職 :		氏名 :		印	
認定・専門看護師等資格の有無 : 有 () ・ 無					
看護師賠償責任保険などの加入 : 有 (看護協会・その他) ・ 無					

【運営への同意】研修中に HP や広報等に使用する写真撮影をさせていただきます。□ ※同意の場合は☑をお願いします。

【個人情報の取扱い】 提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。□