

(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 及び担当科名			直通電話番号 または 内線番号	直通 : 内線 :	
職位					
自宅住所	〒 — (携帯 : — —) 携帯メールアドレス : @ 携帯以外のメールアドレス : @ ※受講決定後の緊急連絡メールに使用時 (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 <small>※現職場も含め、 最近のものから 記入</small>	施設名	職種	勤務期間		
			昭・平 年 月～昭・平 年 月		
			昭・平 年 月～昭・平 年 月		
看護師免許取得 <small>※准看護師の経験は含めない</small> 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。□