（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	〒 ー TEL： ー ー FAX： ー ー			
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	〒 ー （携帯： ー ー ） 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）…どちらかに〇をつけて下さい			
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（□にチェックを入れ署名してください）

□ 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。□