

(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。(看護師免許取得以外は西暦で記載)

ふりがな			生年月日	年 月 日	顔写真 縦4cm×横3cm (6か月以内に 撮影したもの)
氏名			(年齢)	(歳)	
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 ※緊急時の連絡先を メールアドレス① に記載	〒 — (携帯: — —) メールアドレス① @ メールアドレス② @				
看護専門学歴	学校名: _____ 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	昭・平・令 年 月 日 取得 (免許証番号: _____)		看護師・助産師・保健師 実務経験年数		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: 無・有 (_____)					
看護師賠償責任保険などの加入: 無・有 (看護協会・その他: _____)					
同意の場合は☑をお願いします。					
□ 運営への同意: HPや広報等に使用する写真を、研修中に撮影させていただきます。					
□ 個人情報の取扱い: ご提出いただいた個人情報は、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。					

