

(様式1)

## 記載例

※受験番号

### 受講願書

(小倉記念病院 看護師特定行為研修)

(西暦) 年 月 日

小倉記念病院病院長

腰地 孝昭 様

記入日を記載してください。

(申込者)

本人が手書きすること

住所

押印も忘れずに

氏名（自署）

印

私は、小倉記念病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

必須科目

栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

選択科目

<input checked="" type="radio"/>	救急領域パッケージ
	術中麻酔管理領域パッケージ
	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
	動脈血液ガス分析関連
<input checked="" type="radio"/>	循環動態に係る薬剤投与関連
	術後疼痛管理関連
	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

(希望する科目に○をつけてください)

(様式2)

## 記載例

※受験番号

## 履歴書

記入日を記載してください。(西暦)

年月日現在

フリガナ			写真貼付欄 (縦4cm×横3cm)
氏名・性別	(男・女)		1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名記入
生年月日	年月日生(満歳)		
自宅住所	〒( - ) ご提出頂いた受験票は、受験番号を割当てて、こちらの住所に送付いたします。		
電話番号(自宅)	( )		
メールアドレス	@		
緊急連絡先(携帯)	( )		
通学時間等	当院までの通学時間 ( ) 分 主な通学手段: バス・モノレール・タクシー・自家用車 その他 ( )		
所属先	フリガナ		
	施設名称		
	所在地	〒( - ) TEL:	医療関係の免許のみを記載 看護師・認定看護師等
	出願者の職位		
免許等	資格名	発行日	免許番号
	(看護師)	2014年4月1日	免許取得 272●●●号
	(保健師)	2014年4月1日	免許取得 456●●号
	(専門看護師)	2021年1月1日	免許取得 14●●号
学歴	2001年3月	●●大学附属●●高等学校 普通科	
	2005年3月	●●大学医学部 看護学科	
	2020年3月	●●大学大学院医学系研究科 高度実践看護師教育課程	
	年月		
	※高等学校以上(卒業)について記載してください。		

歴 職	2005年 4月～ 2009年 3月	●●大学医学部附属病院 循環器内科病棟
	2009年 4月～ 2014年 3月	●●大学医学部附属病院 ICU 病棟
	2014年 4月～ 2021年 3月	●●記念病院 CCU 病棟
	2021年 4月～ 年 月	●●記念病院 CCU 病棟 主任
	年 月～ 年 月	
	※施設名、所属部署を記載してください。	
	●●大学（学士：看護学）（2005） ●●大学大学院（修士：看護学）（2020） 3学会合同 呼吸療法認定士（2013） 日本循環器学会 心不全療養指導士（2024）	
これまでに取得した学位・医療関連の資格等	所属部署では●●委員会として看護スタッフに対し●●に対する教育や支援などを実施。 また、主任・チームリーダーとして●●等を実施	
所属施設または自部署における主な活動		
執筆・学会発表等の有無 (最大 3つまで)	(発表) 「●●への CPR 教育に対する質的評価」(日本救急看護学会) (執筆) 「ICU 重症化回避のワザ●●、P●-●」(●●出版)	

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為研修以外には利用致しません。

(様式3)

## 記載例

※受験番号

### 志願理由書

記入日を記載してください。

(西暦) 年 月 日

氏名

研修の志願理由および研修終了後の抱負について記入してください。

「志願理由」は、研修志願理由及び研修終了後の抱負について記載してください。

臨床看護の経験を含めて、具体的に記載して下さい。

(様式4)

## 記載例

※受験番号

## 推薦書

記入日を記載してください。 (西暦) 年 月 日

小倉記念病院 病院長  
腰地 孝昭 様

施設名

押印も忘れずにお願い

職位

いたします。

推薦者（自署）

印

小倉記念病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：

【推薦理由】 \*現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

「推薦理由」は、「受講希望者の現在の職務内容や、研修終了後に期待される役割等」を具体的に記載して下さい。

(様式 5)

## 記載例

※受験番号

# 実習施設情報

## 1. 実習を行う予定の施設リスト

		施設名称
所属施設	①	医療法人●●会 ××病院
①以外の実習可能な 関連施設	②	医療法人●●会 ▲▲総合病院
	③	

## 2. 特定行為区分に関する施設情報（受講を希望する特定行為名のみ記入）

特定行為区分 特定行為名	実習を行う施設 の番号 (上記リストから 番号を記入)	3か月間で対象と なる症例が 5 例 以上ある場合○ を記入	指導医※が いる場合○ を記入
<b>栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</b>			
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	1	○	○
脱水症状に対する輸液による補正	1	○	○
<b>呼吸器（気道確保に係るもの）関連</b>			
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	1	○	○
<b>呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</b>			
侵襲的陽圧換気の設定の変更	1	○	○
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	1	○	○
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	1	○	○
人工呼吸器からの離脱	1	○	○
<b>動脈血液ガス分析関連</b>			
直接動脈穿刺法による採血	1	○	○
橈骨動脈ラインの確保	1	○	○
<b>精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</b>			
抗けいれん剤の臨時の投与	2	○	○
<b>術後疼痛管理関連</b>			
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			
<b>循環動態に係る薬剤投与関連</b>			
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	1	○	○
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調	1	○	○

整			
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	1	○	○
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	1	○	○
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	1	○	○
<b>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</b>			
中心静脈カテーテルの抜去			
<b>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</b>			
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入			

※指導医：臨床経験 7 年以上の専門医または「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師

### 3. 実習施設情報に関する問い合わせ先（出願者以外）

氏名：〇〇 〇〇

職種：事務員

部署：〇〇課

メールアドレス：●●@kokurakinen.●●.jp

(様式 6)

記載例

※受験番号

履修免除申請書

(西暦) 年 月 日

小倉記念病院病院長  
腰地 孝昭 様

記入日を記載してください。

氏名 : \_\_\_\_\_

私は、看護師の特定行為研修において、以下の科目について受講を修了しているため、修了証<sup>※1</sup>を添えて既修得科目的履修免除を申請いたします。

履修免除申請する既修得科目（該当する科目に○を記入してください）

共通科目		
研修機関名 <sup>※2</sup>	所在地	修了年月日
〇〇記念病院	〒802-8555 〇〇県〇〇〇市〇〇北区〇〇3-2-1	2024年3月

既修得科目	履修免除申請
共通科目	○
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	○

※1：看護師特定行為研修修了証の複本を添付すること

※2：院外からの申請希望者は、小倉記念病院で開催した特定行為研修を修了した者に限る

一般社団法人平成紫川会 小倉記念病院

看護師特定行為研修

2026年度 受験票

受験番号	※ ここは記入しない
フリガナ	キネン タロウ
氏 名	記念 太郎
生年月日	1977年8月7日

1. 選考日時

2026年7月2日(木)  
受付 12:30～13:00  
オリエンテーション 13:00～13:10  
小論文 13:10～14:10  
面接 14:20～

2. 試験会場

小倉記念病院 4階

※欄は記入しないこと

一般社団法人平成紫川会 小倉記念病院

看護師特定行為研修

2026年度 写真票

正面半身  
(40×30mm)  
3ヶ月以内に  
撮影したもの  
裏面に氏名を記入

受験番号	※ ここは記入しない
フリガナ	キネン タロウ
氏 名	記念 太郎
生年月日	1977年8月7日

※欄は記入しないこと

記載例

写真票の指定のところに写真を貼り付けてください  
受験票と写真票は切らずに、このまま提出してください。