（様式　1）

受　講　申　請　書

独立行政法人　国立病院機構

肥前精神医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター　特定行為研修を受講いたし

たく、ここに関係書類を添えて申請します。

（西暦）　　　　 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式　2）

　　　　　　　　　　履　歴　書

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　　　　　年 　　月 　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 印 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　 　月　　　 　日生　（満　　　　歳） |
| フリガナ |  | TEL携帯TEL |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること |
| 所属施設住所 | 〒 | TEL所属部署もしくは内線番号（　　　　　　　　）FAX |
| 免許取得年月日 | 保健師　西暦　　　　 年 　　 月 　　　日 | 号 |
| 助産師　西暦　　　 　年 　　　月 　　　日 | 号 |
| 看護師　西暦　　　　 年 　　　月 　　　日 | 号 |
| 資格取得 |
| 【資格名・認定機関】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | 【取得日】 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 |  | 西暦　　　　　年　　　月 卒業 |
| 専門学歴 |  | 西暦　　　　　年　　　月 卒業 |
| 　　　職　歴 |
| 【施設名・診療科】 | 【期間】 |

**記 入 見 本**

　　　　　　　　　　履　歴　書

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　2023　年 ２ 月 1　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | 山田 |
| 氏　名 | 　山　田　　花　子 |
| 生年月日 | 西暦　1988　年　5　月　16　日生　（満　34　歳） |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | TEL　0123-456-7890携帯TEL　090-1234-5678 |
| 現住所 | 〒123-0045○○県○○市○○町1丁目1-1 |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院＊正式名称を記入すること |
| 所属施設住所 | 〒123-0065○○県○○市○○町2丁目2-2 | TEL　0123-194-1110所属部署もしくは内線番号（　内線　456　　）FAX　0123-194-1112 |
| 免許取得年月日 | 保健師　西暦　　　 年 　 月 　　日 | 号 |
| 助産師　西暦　　　 年 　　月 　　日 | 号 |
| 看護師　西暦　2010 年　4　月　5　日 | ○○○○○○　号 |
| 資格取得 |
| 【資格名・認定機関】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | 【取得年】 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 | ○○県立　○○高等学校 | 西暦 2007 年 3 月 卒業 |
| 専門学歴 | ○○県立　○○看護専門学校 | 西暦 2010 年 3 月 卒業 |
| 　 職　歴 |
| 【施設名・診療科】○○県立○○病院消化器内科５年医療法人○○会　○○病院精神科慢性期病棟３年精神科スーパー救急病棟３年現在に至る | 【期間】2010年4月～2015年3月2015年4月～2018年3月2018年4月～ |

（様式　3）

志　願　理　由　書

（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏　名

|  |
| --- |
|  |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

（様式　4）

推　　薦　　書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人　国立病院機構

肥前精神医療センター　院 長　様

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　職　　位

職位

推薦者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

|  |
| --- |
| 推薦理由 |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

（様式　5）

実習施設情報

1．実習を行う予定の施設リスト

※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 施　設　名　称 |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 実習施設がない |

2．受講を希望する特定行為に関する施設情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目またはパッケージ研修の名称 | 実習を行う施設(※上記リストから番号を記入する) | 4か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入 | 指導者\*がいる場合、○を記入 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時の投与 |  |  |  |
| 抗精神病薬の臨時の投与 |  |  |  |
| 抗不安薬の臨時の投与 |  |  |  |

※指導者とは ： 「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、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師

**（様式　6）**

履　修　免　除　申　請　書

独立行政法人　国立病院機構

肥前精神医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター　特定行為研修を受講するにあたり、入講前の既習科目の認定及び履修免除を認定していただきたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　　 年 　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）