東海大学
看護師特定行為研修

出願書類一式

(1)受講願書　　(様式1-1)

　　受講希望科目の申請　(様式1-2)

(2)履歴書　　(様式2)

(3)勤務証明書　(様式3)

(4)推薦書　　(様式4)

(5)志願理由書　(様式5)

(6)既修得科目履修免除申請書　(様式6)

(7)写真票、受験票、受講審査料振込通知、宛名ラベル　(様式7)

(8)特定行為症例実績票　　(様式8)

(9)臨地実習承諾書　　(様式9)

(10)受験票郵送用封筒

(11)看護師免許証　(写)　(A4版縮小コピー)

(12)認定・専門看護師認定証　(写)　(該当者のみ　A4版縮小コピー)

(13)提出物チェックリスト　　(様式10)

出願書類(所定様式)の記入にあたって

- ◆ 下記の記入方法と注意事項をよく読み、過不足なく記入すること。
- ◆ 枠内のスペースに収まるように記入すること。ただし、枠のサイズ変更は不可とする。
- ◆ 自署以外は、パソコンで入力してもよい。ただし、受講願書(様式1)、履歴書(様式2)、写真票、受験票、は自筆で記入すること。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。

番号	出願書類	様式	記入方法と注意事項
1	**受講願書**	1-1 1-2	・ 氏名の記載は自署とする ・ 受講を希望する特定行為区分・パッケージの前に〇をつける ・ 共通科目E-learning事前視聴希望の有無に〇をつける
2	**履歴書**	2	・ 電話番号は、必ず本人に連絡が取れるものを記載する(携帯電話) ・ E-mailアドレスはWebメールのみ。@docomo.ne.jpなどのキャリアメールは不可 ・ 所属施設名及び設置主体は、正式名称を記載する なお、現在勤務していない場合は、「離職中」と記載する ・ 設置主体は、下記から選択し番号を記入する ①国(厚生労働省、その他) ②国公立大学法人③独立行政法人国立病院機構 ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村(地方自治体) ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭12～14以外の法人 ⑮会社 ⑯個人 ⑰その他(明記) ・ 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する ・ 病床数は、所定病院の許可病床数を記入する ・ 学歴は、高校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する ・ 職歴(職位も明記)は、看護師免許取得後から現在までを記載する。 ただし、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない ・ 看護および専門分野での実務経験期間は、通算勤務月数で計算する。ただし、勤務形態が非常勤の場合は、150時間の勤務時間を実務経験1か月分として換算し、勤務月数を算出する
3	**勤務 証明書**	3	・ 病院長が発行したもの ・ 現在の職場で、看護実績を通算5年以上満たす場合は、その職場の証明だけでよい。満たさない場合は、その前の職場の証明も必要とする (2027年3月末日現在での実績)
4	**推薦書**	4	・ 所属長(看護部長あるいは同等職位の所属長)が記入する。推薦者氏名は自署とする ・ 受講者を推薦する理由を記載する
5	**志願理由書**	5	・ 今回受講を志望した理由について記載する ・ 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待について記載する
6	**既修得科目 履修免除 申請書**	6	・ 申請書に必要事項を記入する ＊該当者のみ提出 ・ 該当する修了証 及び 実施したシラバスの写しを添付する

7	**写真票 受験票 受講審査料 振込証明 宛名ラベル (結果送付用)**	7	・ 必要事項を記載する ・ 受験番号は記入しない ・ 審査料振込の証明となるもののコピーを貼付する。 例)ご利用明細書(票) ・ 郵便が必ず届くように、正確に記入する ・ マンション名等も必ず記入する ・ パソコン入力可
8	**特定行為症例 実績票**	8	・ 自施設における特定行為の1ヵ月あたりの症例実績を記入する ・ 自分が受講したい(希望する)区分についてのみで可
9	**臨地実習 承諾書**	9	・ 実習は基本的に自施設での実習となるため、施設長に相談のうえ承諾書を提出する
10	**受験票送付用 封筒 460円分切手**	－	・ 長形3号もしくは洋形8号(120mm×235mm)の封筒に、自分の郵便番号、住所及び氏名を記載し、**460円分(内訳:定形郵便110円＋簡易書留350円)**の切手を貼る。
11	**看護師免許証 (写)**	－	・ A4判に縮小コピーする
12	**認定看護師 認定証(写)**	13	・ A4判に縮小コピーする
13	**写真3枚**	14	・ 上半身正面脱帽、縦4cm×横3cm 3枚(うち1枚は受験票、1枚は写真票、1枚は履歴書に貼ること。いずれも裏面に氏名を記入しておくこと)
14	**提出物 チェックリスト**	15	・ 提出物が入っている事を確認し、□にチェックを入れリストも共に提出する

（様式　1-1）

東海大学
看護師特定行為研修
受　講　願　書

（西暦）　　年　　月　　日

東海大学

木村　英樹　様

私は、東海大学　看護師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出願します。

フリガナ

氏 名（自署）　　印

※ 受講希望科目を次ページの表にて申請

（様式　1-2）

【受講希望科目の申請】

特定行為区分　　＊次の特定区分17区分・6パッケージのうちから選択

受講希望について太枠の中に〇を記入してください

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特定行為区分		受講希望	職員記入欄
1	呼吸器（気道確保に係るもの）関連		
2	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連		
3	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連		
4	循環器関連		
5	胸腔ドレーン管理関連		
6	腹腔ドレーン管理関連		
7	ろう孔管理関連		
8	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		
9	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		
10	創傷管理関連		
11	創部ドレーン管理関連		
12	動脈血液ガス分析関連		
13	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連		
14	感染に係る薬剤投与関連		
15	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		
16	術後疼痛管理関連		
17	循環動態に係る薬剤投与関連		
パッケージ		受講希望	職員記入欄
1	在宅・慢性期領域パッケージ		
2	外科術後病棟管理領域パッケージ		
3	周手術期麻酔管理領域パッケージ		
4	救急領域パッケージ		
5	外科系基本領域パッケージ		
6	集中治療領域パッケージ		

共通科目E-learning事前視聴希望の有無：　　有（12月開始）　　・　　無（4月開始）

※合格後の面談でも使用するため、提出前に1部コピーを取りお手元に保管してください。

（様式　2）

履　歴　書

写真貼付 (4cm×3cm) 写真裏面に記名 カラー・白黒 いずれも可

西暦　　年　　月　　日現在

フリガナ		男・女
氏　名		印
生年月日	年　　月　　日生（満　　歳）	

ふりがな		携帯電話番号 （　　）　　－ E-mailアドレス（Webメール） @
現住所	〒	
ふりがな		【病床数】 床
所　属 機関名		
設置主体	（　　）＊「出願書類(所定様式)の記入にあたって」の中から該当番号を記入	
所属機関 住　　所	〒	TEL （　　）　－ 所属病棟もしくは内線番号 （　　） FAX （　　）　－
免許取得 年月日	(保健師)　　年　　月　　日 (助産師)　　年　　月　　日 (看護師)　　年　　月　　日	号 号 号
認定看護師 資格分野名	**分野** 認定看護師資格取得年 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号
	東海大学看護師キャリア支援センターにて認定課程を修了した方は、当てはまる方に○をつけ、修了年度を右記へご記入ください。 救急看護　・　集中ケア	年度修了
専門看護師 資格分野名	**分野** 専門看護師資格取得年 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号

学　　歴（高校卒業時から記入）	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

職　　歴（看護師免許取得以降、所属機関名・所属部署名・職位を明記）	
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
年　月　～　　年　　月 （　か月間）	所属施設名： 所属部署名：　　職位：
看護の実務経験期間(通算)	か月間（　　年　　か月）　＊2027年3月末日現在

（様式　3）

勤務証明書

記入日　　西暦　　年　　月　　日

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、当機関(施設)において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

常勤勤務期間	勤務期間		休業･休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦)　　年　　月～	(西暦)　　年　　月	年　　か月	年　　か月
非常勤勤務期間	勤務期間		休業･休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦)　　年　　月～	(西暦)　　年　　月	年　　か月	年　　か月
合計通算年数				年　　か月

・　所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名　　：

職位名および氏名　　：　　印

機関（施設）所在地　：

ＴＥＬ　　：

＊人事課(病院長名)の方がご記入下さい。

（様式　4）

推　薦　書

西暦　　年　　月　　日

受講者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、特定行為研修を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

推薦者氏名（自署）　：　　印

機関（施設）名　　：　　職位（名）：

機関（施設）所在地　：

ＴＥＬ　　：

＊所属長（看護部長あるいは同等職位の所属長）の職位の方がご記入下さい。

(様式 5)

志 願 理 由 書

（様式 6）

既修得科目履修免除申請書

西暦　　年　　月　　日

東海大学看護師キャリア支援センター所長　殿

私は、下記のとおり指定研修機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、シラバスと修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

指定研修機関	研修修了年月日
	年　　月　　日

申請者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊受講者本人が自署すること。

（様式　7）

東海大学　看護師特定行為研修

写真票

受験番号	※

ふりがな	
氏　　名	

所属施設	
施設名	写真貼付 （4×3ｃｍ） 裏面に氏名を 記入し、貼付して ください。
所在地（都道府県のみ）	

※受験番号は記入しないでください。

東海大学　看護師特定行為研修

受験票

受験番号	※

ふりがな	
氏　　名	

所属施設	
施設名	写真貼付 （4×3ｃｍ） 裏面に氏名を 記入し、貼付して ください。
所在地（都道府県のみ）	

※受験番号は記入しないでください。

受講審査料振込通知

（銀行振込金受領書のコピー）

振込期間厳守（2026年10月1日～10月30日）

銀行振込金受領書のコピーを
貼付してください。

宛名ラベル（結果送付用）

- 郵便が必ず届くように、正確に記入してください。
- マンション名等も必ず記入してください。
- パソコン入力可
- 受験番号は記載しないこと

〒

住所：

氏名：

（様式 9）

臨地実習承諾書

西暦　　年　　月　　日

東海大学看護師キャリア支援センター所長　殿

施設名
施設の長（役職名）
氏名　　印

下記の者が選択した区分別科目の臨地実習を東海大学看護師キャリア支援センター看護師特定行為研修の規定に基づき自施設で行うことを承諾します。

記

受講者氏名：

※自施設で実習を行うには協力施設の申請手続きが必要となります。
入学決定後に所属施設の事務手続き担当者を確認します。

以上

259-1193

神奈川県伊勢原市下糟屋143

東海大学伊勢原キャンパス

東海大学

看護師キャリア支援センター

特定行為研修　受講審査係

簡易書留

（特定行為研修受講申請書在中）

（様式 10）

提出物チェックシート

下記提出物が揃っていることを□にチェックを入れながら確認し、最後にこのシートも一緒に提出して下さい。

□ 受講願書 （様式 1-1、1-2）

□ 履歴書 （様式 2）

□ 勤務証明書 （様式 3）

□ 推薦書 （様式 4）

□ 志願理由書 （様式 5）

□ 既修得科目履修習免除申請書（様式 6）＊該当する修了証及び、シラバス写しを添付

□ 写真票、受験票、受講審査料振込通知、宛名ラベル （様式 7）

□ 特定行為年間症例実績票 （様式 8）

□ 臨地実習承諾書 （様式 9）

□ 受験票郵送用封筒

□ 看護師免許証（写） （A4判縮小コピー）

□ 認定・専門看護師認定証（写）（該当者のみ A4判縮小コピー）