

令和8年度 看護師特定行為研修 応募書類リスト

(太枠内を記入し、応募書類と共に提出してください。)

氏名		センター使用欄 (記入不要)
日中の連絡先 (電話番号)	()	

<提出書類・受講資格 確認表>

	提出書類	同封確認 (同封した書類に✓)	センター使用欄 (記入不要)
1	受講申請書(様式1)		
2	感染管理認定看護師認定証のコピー(モノクロ)		
3	看護師免許証のコピー(A4 縮小したモノクロ)		
4	志願理由書(様式2)		
5	推薦書(様式3)		
6	実習施設情報(様式4)		
7	指定口座に入金したことがわかる書類		
8	既修得等申請書(様式5)(必要時のみ)		
9	既修得申請に伴う特定行為研修修了証の写し(モノクロ)(必要時のみ)		
	受講資格	資格確認 (確認した資格に✓)	
1	日本国の看護師免許を有し、5年以上の実務経験を有していること		
2	応募時(2025年9月1日現在)に、日本看護協会の認定看護師制度に基づく感染管理認定看護師の資格を有する者		
3	就業している施設の、施設長(又は同等職位の所属長)の推薦を有する者		

(様式1)

受付番号 _____

看護師特定行為研修 受講申請書

(西暦) 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

神奈川県立保健福祉大学実践教育センターを受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな 氏名		(西暦) 年 月 日生		写真貼付欄	
現住所		〒 - TEL ()		・上半身脱帽正面向き 縦4cm×横3cm (背景なし) ・最近3か月以内に撮影 ・写真の裏に氏名を記入 してのり付け	
日中の連絡先		TEL ()			
メールアドレス					
応募時の 勤務先	ふりがな 名称				
	所在地	〒 - TEL ()			
	職種		職位		
免許取得年月日	看護師	西暦	年 月 日	号	
	助産師	西暦	年 月 日	号	
	保健師	西暦	年 月 日	号	
感染管理 認定看護師資格	資格取得年月日 西暦 年 月 日			認定登録番号 号	
最終学歴					
西暦					
年 月修了/ 在学中					
職歴					
在籍期間 (西暦で記載)		通算		勤務先・職務内容・職位等	
年 月～ 年 月		年 か月			
年 月～ 年 月		年 か月			
年 月～ 年 月		年 か月			
年 月～ 年 月		年 か月			

(様式2)

受付番号

志 願 理 由 書

西暦 年 月 日

氏名

研修の志願理由および研修修了の自己の活動に対する今後の展望について800字以内で記入してください。
自己の活動に対する今後の展望は、自施設における特定行為実践に向けた準備や調整の状況を踏まえて記載すること。

※用紙1枚とし、11フォントで記載してください。

(様式3)

受付番号

推薦書

西暦 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦します。

ふりがな
氏名

生年月日(西暦) 年 月 日生

勤務施設名

勤務施設所在地

推薦理由

(修了後に期待する役割など)

施設名

施設長名

公印

実習施設情報

氏名 _____

1. 実習を行う予定の施設リスト

		施設名称	
自施設実習	所属施設	①	
	実習協力が可能な施設 (関連施設 等)	②	
		③	
		④	
実習施設がない場合はチェックボックスにレ点を入れる→		<input type="checkbox"/>	実習施設なし※1

※1 所属施設での実習が難しく、かつ協力可能な施設がない場合は、「実習施設なし」とする。
その場合、「2. 受講する特定行為に関する施設情報」の記載は不要とする。

2. 受講する特定行為に関する施設情報

特定行為区分	特定行為	実習施設 番号※2	症例数の 有無※3	指導者の 有無※4
栄養及び水分 管理に係る 薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整			
	脱水症状に対する輸液による補正			
感染に係る薬 剤投与関連	感染兆候のある者に対する薬剤の臨時的投与			

※2 上記1のリストより番号①～④を記入する。

※3 症例数見込みが5症例以上ある場合は○を記入する。

症例数見込み=(前年の年間症例数÷52週)×5週 で算出する。

※4 医師の指導者の要件は下記となる。

- ・臨床経験が7年以上の医師であること
- ・「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講していることが望ましい

受付番号 _____

既修得等申請書

西暦 年 月 日

公立大学法人神奈川県立保健福祉大学実践教育センター長 様

施設名 _____

職 位 _____

受講生(自署) _____

私は、以下のとおり研修修了認定機関の看護師特定行為研修を修了しているため、修了証の写しを添えて申請いたします。

記

研修修了認定指定機関名	修了認定日
	年 月 日

修了した科目および特定行為
<input type="checkbox"/> 共通科目
<input type="checkbox"/> 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
<input type="checkbox"/> 脱水症状に対する輸液による補正
<input type="checkbox"/> 感染兆候がある者に対する薬剤の臨時投与

※該当する特定行為にチェックをいれること

以上

記載見本

実習施設情報

氏名 _____

1. 実習を行う予定の施設リスト

		施設名称	
自施設実習	所属施設	①	〇〇法人 △△病院
	実習協力が可能な施設 (関連施設等)	②	〇〇法人 ●●●総合病院
		③	所属施設以外(関連施設等)で実習行う場合は ②～④へ記載する。
		④	
実習施設がない場合はチェックボックスにレ点を入れる→		<input type="checkbox"/>	実習施設なし※1

※1 所属施設での実習が難しく、かつ協力可能な施設の確保がない場合は「実習施設なし」とする。その場合、「2. 受講する特定行為に関する施設情報」の記載は不要とする。

2. 受講する特定行為に関する施設情報

実習可能な施設の番号①～④のいずれかを記入する。

特定行為区分	特定行為	実習施設 番号※2	症例数 の有無 ※3	指導者の 有無※4
栄養及び水分 管理に係る薬 剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	①②	○	○
	脱水症状に対する輸液による補正	①②	○	○
感染に係る薬 剤投与関連	感染兆候のある者に対する薬剤の臨時投与	①	○	○

※2 上記1のリストより番号①～④を記入する。

※3 症例数見込みが5症例以上ある場合は○を記入する。

症例数見込み=(前年の年間症例数÷52週)×5週 で算出する。

※4 医師の指導者の要件は下記となる。

- ・臨床経験が7年以上の医師であること
- ・「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講していることが望ましい