

受付番号

令和 9 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	看護師免許証のコピー(A4 縮小したモノクロ)		
3	特定行為研修 共通科目履修希望申請書		
4	指定口座に入金したことがわかる書類		
	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(2026 年 8 月 1 日現在)		

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					
現住所		〒 — TEL ()			
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
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			

特定行為研修 共通科目履修希望申請書

氏名 _____

所属 _____

※所属がない場合は、「なし」と記載してください。

共通科目は、全 6 科目を一括して履修することも、必要な科目のみを選択して履修することも可能です。申込者数が募集定員を超えた場合は、共通科目全 6 科目を履修する方を優先して受講者を決定します。

1. 履修希望区分

以下のいずれかに✓をご記入ください。

- ☐ 共通科目(全 6 科目)を履修する
- ☐ 共通科目を個別に履修する(2の希望する科目に✓を記入)

2. 個別履修希望科目

- ☐ 臨床病態生理学(30 時間)
- ☐ 臨床推論(45 時間)
- ☐ フィジカルアセスメント(45 時間)
- ☐ 臨床薬理学(45 時間)
- ☐ 疾病・臨床病態概論(41 時間)
- ☐ 医療安全学／特定行為実践(46 時間)