（様式１）

特定行為研修受講願書

令和　　年　　月　　日

佐賀大学医学部附属病院

特定行為研修管理委員会委員長　殿

氏　名　　　　　　　　　　印

特定行為研修を受講いたしたく，必要書類を添付のうえ願書を提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日　　（　　歳） | 性　別 | 男　・　女 |
| 現住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 看護師免許番号 | Ｎｏ．　　　　　　　（　　　年　　月　　日）　 |
| 勤務先 |  |
| 学歴 | 入学年月日 | 卒業年月日 | 学校名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職歴 | 就職年月日 | 退職年月日 | （上段）病院名・職種等 |
| （下段）職務内容等 |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
| 学会発表および執筆、所属施設外の社会活動等の実績 |
|  |

（様式２）

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

佐賀大学医学部附属病院

特定行為研修管理委員会委員長　殿

推薦者氏名（自署）　　　　　　　　　　印

施設名

住所　〒

TEL：

下記の者は、佐賀大学医学部附属病院特定行為研修の受講生として、要件を充分に満たしていると

評価されますので、ここに推薦いたします。

　　　受講申請者氏名　：

　　　推薦理由

|  |
| --- |
|  |

（様式３）

**志　願　理　由　書**

令和　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

＊研修の志願理由及び研修終了後の抱負について８００字以内で記入してください。

|  |
| --- |
|  |

（様式4）

**実務経験証明書**

下記の者は、当施設において業務に従事したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　種 |  |
| 業務内容 |  |
| 従事態様 | １週間あたりの従事日数　　　　　日１日あたりの従事時間数　　　　　時間 |
| 実務経験期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　年　　　　月　　　　日　まで（　　　　　年　　　　　ヵ月） |

令和　　　年　　　月　　　日

施設名

所在地

管理者職名

および氏名