独立行政法人国立病院機構　高知病院

2027年度　看護師特定行為研修

受講申請書類一式

（1）受講申請書（**様式1**）

（2）履歴書（**様式2**）

（3）志願理由書（**様式3**）

（4）推薦書（**様式4**）

「申請書類記入見本」を参照すること。
書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

（様式　1）

受　講　申　請　書

独立行政法人　国立病院機構

高知病院　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 高知病院　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申請します。

西暦　　年　　月　　日

フリガナ
申請者氏名（自署）　　印

（様式 2）

正面上半身
(40×30㎜)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

履 歴 書

西暦　　年　月　日現在

フリガナ		男 女
氏 名		印
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	第　　号
	助産師 西暦　　年　　月　　日	第　　号
	看護師 西暦　　年　　月　　日	第　　号

資格取得	
【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載	【取得日】
	西暦　　年
	西暦　　年
	西暦　　年

学 歴		
一般学歴		西暦　　年　　月 卒業
専門学歴		西暦　　年　　月 卒業

職 歴		
年（西暦）	月	【施設名・診療科】

記　入　見　本

（様式　2）

履　歴　書

西暦　〇〇〇〇　年　〇　月　〇　日現在

正面上半身 (40×30㎜) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入	フリガナ	ヤマダ　　ハナコ	男　女
	氏　名	山　田　　花　子	山田
	生年月日	西暦　〇〇〇〇　年　〇　月　〇　日生　（満　〇　歳）	

フリガナ	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ	
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1	TEL　0123-456-7890 携帯TEL　090-1234-5678
フリガナ	〇〇ケンリツ　〇〇ビョウイン	
所属施設名	〇〇県立　〇〇病院 ＊正式名称を記入すること	
所属施設 住　　所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町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	第　　号
	助産師　西暦　　年　　月　　日	第　　号
	看護師　西暦　2010　年　4月　5日	第　〇〇〇〇〇〇号

資格取得

【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載	【取得年】
感染管理認定看護師	西暦　2017年

学　歴

一般学歴	〇〇県立　〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業
専門学歴	〇〇県立　〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業

職　歴

年（西暦）	月	【施設名・診療科】
2010	4	〇〇県立〇〇病院（外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年） 現在に至る

（様式 3）

志 願 理 由 書

受講希望コース ※希望のコースに〇印をつける			
	呼吸器関連コース		ドレーン関連コース

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

高知病院　院長　様

施　設　名

職　　位

推薦者氏名　　印

独立行政法人国立病院機構高知病院　看護師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。