

※受付番号 _____

(地方独立行政法人那覇市立病院特定行為研修)

申請書類提出チェックリスト

氏名 : _____

本研修受講希望者は下記書類をご提出ください。

〈留意事項〉

- ◆記入方法を参考に過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。
- ◆フリクションペン、鉛筆等の消えるものでの記入は不可。
- ◆年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆すべての様式における「受付番号」は記載しないこと。

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 本チェックリスト <ul style="list-style-type: none">・希望者自身で申請書類の有無を確認のうえ、<input checked="" type="checkbox"/>を付けること。 |
| <input type="checkbox"/> | (様式 1) 受講申請書 <ul style="list-style-type: none">・氏名の記載は自署とする。・受講を希望するコース、またはパッケージに○印を入れる。 |
| <input type="checkbox"/> | (様式 2) 履歴書 <ul style="list-style-type: none">・書類作成日を記載する。・氏名は戸籍上の姓を記入する。・学歴は、大学院の在学中あるいは修了している場合のみ、大学院名、学科・専攻を含め正式名称を記入する。また認定看護師教育機関名および修了年月を記載する。・訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。 |
| <input type="checkbox"/> | (様式 3) 受講志願理由書 <ul style="list-style-type: none">・自身のこれまでの看護活動の状況を、簡潔に記載する。・特定行為研修受講による今後の看護実践への展望や、期待役割の発揮について、簡潔に記載する。 |
| <input type="checkbox"/> | (様式 4) 推薦書 <ul style="list-style-type: none">・申請者を推薦する理由を、所属機関の病院長ないし施設長、または看護部長が記載する。・推薦者は、受講申請時点の部署責任者とする。 |
| <input type="checkbox"/> | 看護師免許証の写し *A4 判に縮小の両面コピー (表裏) |
| <input type="checkbox"/> | 認定・専門看護師認定証の写し *取得者のみ *有効期限内のもの。A4 判に縮小コピー |
| <input type="checkbox"/> | (様式 9) 既修得科目履修免除申請書 *該当者のみ ・特定行為研修修了証の写しを添付すること。 |
| <input type="checkbox"/> | 受講審査料 (¥11,000-) を振り込んだことがわかるもの *振込日時・振込金額がわかる明細、ATM の振込明細書、インターネットバンキングでの振込内容がわかる画面コピーの写し等 |