

# 記載例

## 公益社団法人愛知県看護協会 令和6年度秋期看護師特定行為研修 受講審査(二次)手続提出書類一式

- (1) 受講願書(様式1)
- (2) 履歴書(様式2)
- (3) 実務経験書(様式3)
- (4) 志願理由書(様式4)
- (5) 写真票、受験票、受講審査料振込明細書貼付欄(様式5)

記入上の注意事項は、公益社団法人愛知県看護協会ホームページ(<https://www.aichi-kangokyokai.or.jp/>)特定行為研修サイトをご参照ください。

記載に不備な点がある場合は受験できませんのでご注意ください。

記入いただいた個人情報、受験資格要件の確認、および応募状況の統計処理のために利用いたします。

募集要項内に記載されているとおり「提出書類に不備がある場合は受験していただけません」のでご注意ください。(その場合も受講審査料の返却はしません)

- ・ **誤字・脱字がないか**
- ・ **指定されている「ふりがな」部分の記載が抜けていないか**
- ・ **特定行為の選択の有無に○印はついているか**
- ・ **指定された用紙・書式を使用しているか(勝手に書式を変更していないか)**
- ・ **自署と指定された氏名は記載されているか**
- ・ **返信用レターパックは同封したか**

以上の点は、不備が多い点です。

書類に不備がある場合も連絡はしません。

作成された書類については、ご自身で十分点検した上で、期日までにご郵送ください。

# 受講願書

公益社団法人 愛知県看護協会

課程長 様

私は、公益社団法人愛知県看護協会で開催される特定行為研修の履修内容を理解した上で受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

受講コース

( ) 在宅・慢性期コース 選択有・無

( ) 慢性疾患管理コース 選択有・無

選択の有無も忘れず  
チェックする

西暦 年 月 日

ふりがな

現住所

(〒 - )

TEL

自署で記入する。  
ふりがなも忘れずに

ふりがな

氏名 (自署)

西暦 年 月 日生

# 履 歴 書

写真貼付  
(4.5cm×3.5cm)  
写真裏面に記名

(西暦) 年 月 日 現在

ふりがな	
氏 名	(自署)
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳)

ふりがな		TEL
現住所	〒 -	自宅：( ) - 携帯： - - E-mail:
ふりがな		施設概要 (※該当する施設のみ記載) 【病床数】 床 【看護体制】 対 1
所属機関名		
設置主体		
ふりがな		TEL
所属機関住所	〒 -	( ) - 所属部署もしくは内線番号 ( )

免許取得年月日	(保健師) 西暦 年 月 日 号
	(助産師) 西暦 年 月 日 号
	(看護師) 西暦 年 月 日 号

学歴 ※高等学校以上について記載	西暦 年 月 ~ 年 月
	( )
	西暦 年
	( )
	西暦 年

**看護師免許取得日、  
学歴、認定看護師教育課程修了  
等、その他の資格の情報を記載**

その他の資格	( ) 認定看護師 ( ) 分野) 年 月 日取得
	( ) 専門看護師 ( ) 分野) 年 月 日取得
	( ) その他 ( )

# 実務経験書

看護師実務経験 ※2024年5月31日時点で記入する

(西暦で記入)	
実務研修期間及び実務研修施設名 (所属施設名、所属部署名、職位：1 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに○印)	
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
年 月～ 年 月 ( か月間)	所属施設名： 所属部署名： 職位：1・2・3・4・5 ( )
合 計	か月間 ( 年 か月)

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

<p>【教育機関チェック欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 看護師免許取得後、通算5年以上実務研修をしていること (☑のない場合は下記項目を確認する)</p> <p><input type="checkbox"/> 開講時点で、通算5年以上実務研修をしていること</p>
--

就業月数の計算に不安な方は、計算用シート(Excel)をご利用ください

# 志 願 理 由 書

西暦 年 月 日

氏名 (自署)

※研修の志願理由及び研修修了後の抱負について800字以内で記入して下さい  
(最後に文字数を記入してください)

(文字数 字)

様式4は、愛知県看護協会ホームページよりダウンロードしパソコンで作成してください。

(様式5)

公益社団法人愛知県看護協会  
令和6年度秋期特定行為研修(二次)

公益社団法人愛知県看護協会  
令和6年度秋期特定行為研修(二次)

写真票

※  
受験番

ふりがなも忘れずに記入する

ふりがな 氏名		ふりがな 氏名	
受講コース ( ) 在宅・慢性期コース 選択有・無 ( ) 慢性疾患管理コース 選択有・無		( ) 在宅・慢性期コース 選択有・無 ( ) 慢性疾患管理コース 選択有・無	
所属施設 施設名	写真貼付 (裏面)	所属施設 施設名	写真貼付 (4.5×3.5cm) 裏面に氏名を記入し貼付してください。
所在地(都道府県のみ)		所在地(都道府県のみ)	

選択にも○をつける

履歴書と同じ  
大きさの写真

受講審査料  
振込明細書貼付欄  
(コピー可)