

受験番号

様式 1

書き方見本

記入日：西暦 ○○年 ××月 △△日

2026 年度 看護師特定行為研修受講申請書

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
神奈川県済生会横浜市南部病院 院長 殿

私は、下記の済生会横浜市南部病院特定行為研修の受講をたく、関係書類を添えて出願いたします。

【申込書】

フリガナ	ナンブ ハナコ		(院内のみ) 職員番号	12345
氏名	南部 華子			
受講希望の 区分別科目 に○を記載	☒	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 (必須)		
	☐	動脈血液ガス分析関連		
	☐	術後疼痛管理関連		
		栄養に係るカテーテル管理 (PICC) ※院内生のみ		
出願理由	出願理由を記入			

※「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」修了者は、既修得科目履修免除申請書を提出してください。

受験番号

様式2

書き方見本

記入日：西暦 〇〇年 ××月 △△日

推薦書

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
神奈川県済生会横浜市南部病院 院長 殿

【推薦者】

所属： 5 東
職位： 看護師長
氏名（自署） 済生会 太郎

済生会横浜市南部病院の看護師特定行為研修の受講生とし、下記の者を推薦します。

受講志願者氏名	南部 華子
推薦理由	推薦理由を記入

※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。

受験番号

様式 3

書き方見本

履歴書

西暦 ○○年 ××月 △△日現在

カラー写真貼付
(4.5cm×3.5cm)1.最近 6ヶ月以内に
撮影した写真
2 写真裏面に氏名を記
入してください。

フリガナ 氏名	南部 華子 性別 (女) 西暦 ○○年 ××月 △△ 日生 (満 30 歳)		
現住所	〒○○○-×××× 横浜市港南区港南台○-●-△		
連絡先	自宅: () / 携帯: ○○○ (○○○○) ×××× メール: amcdefg@gmail.com ※ゼロとオー、ハイフンとアンダーバー等、紛らわしくないように明瞭に記載してください。		
勤務先	フリガナ 名称	シャカイフクシホウジン オンシザイダンサイセイカイ シブサイセイカイヨコハマシナンブビョウイン 社会福祉法人恩賜財団済生会支部済生会横浜市南部病院	
	所在地	〒○○○-×××× 横浜市港南区港南台 3-2-10 TEL 045 (832) 1111	
	職 種	看護師	職 位 主任
免許	看護師	西暦○○年 ××月 △△日	免許取得 ○○○○ 号
	保健師	年 月 日	免許取得 号
	助産師	年 月 日	免許取得 号
学歴	西暦○○年 ×× 月	神奈川県立横浜北稜高等学校 卒業	
	西暦○○年 ×× 月	神奈川県立横浜北稜看護大学 卒業	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	※高等学校以上について記入してください。		
職歴	西暦○○年 ×× 月	済生会横浜市南部病院 入職 循環器・心臓外科病棟 4 年	
	西暦○○年 ×× 月	済生会横浜市南部病院 入職 外科病棟 4 年 現在	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	※施設名に加え、診療科を記入してください。		
医療関係の資格	ICLS プロバイダー (○○年取得)、3 学会合同呼吸療法認定士 (○○年取得)		
所属学会	循環器看護学会、		

※記入欄が足りない場合は、適宜行数を増やして記入してください。

受験番号

様式 4

書き方見本

既修得科目履修免除申請書

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部

神奈川県済生会横浜市南部病院 院長 殿

フリガナ
申請者氏名（自署）

ナ ン ブ
南部

ハ ナ コ
華子

私は、看護師特定行為研修において以下の科目を既に修了しているため、履修免除を申請いたします。

履修免除を申請する既修得科目

既修得科目	履修修了した指定研修機関名	修了認定日
共通科目		年 月 日
フィジカルアセスメント	済生会横浜市南部病院	〇〇年××月△日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※ 1. 必ず修了証等、履修を証明する書類を添付してください

※ 2. 当院企画の共通科目の科目履修修了者は、履修免除対象となります。ただし直近 2 年以内の受講者に限ります