

別添資料

(様式 1)

※受験番号	
-------	--

受講願書

(佐々総合病院看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

医療法人社団時正会 佐々総合病院
病院長 殿

(申込者)

住所

氏名 (自署) _____ 印

私は、佐々総合病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

- ☐「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」
- ☐「創部ドレーン管理関連」
- ☐「動脈血液ガス分析関連」
- ☐「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
- ☐「術後疼痛管理関連」
- ☐「呼吸器(人工呼吸器に関するもの)関連」
- ☐「創傷管理関連」
- ☐「術中麻酔管理領域パッケージ」
- ☐「外科系基本領域パッケージ」
- ☐「外科術後病棟管理領域パッケージ」

(様式2)

※受験番号	
-------	--

履 歴 書

フリガナ			写真貼付欄 (縦4cm×横3cm) 1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名記入
氏名・性別		(男・女)	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	
自宅住所		〒 (-)	
電話番号(自宅)		()	
メールアドレス		@	
緊急連絡先(携帯)		()	
通学時間等		当院までの通学時間 () 分 主な通学手段: バス・モノレール・タクシー・自家用車 その他 ()	
所 属 先	フリガナ		
	施設名称		
	所在地	〒 (-) TEL: () FAX: ()	
	施設長名		
	出願者の職種		
	出願者の職位		
	免 許 等	(看護師) 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号 (保健所) 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号 (助産師) 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号 (認定看護師資格) 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号 (専門看護師資格) 昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得 号	

学歴	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	※高等学校以上について記載してください。	

記入日：令和 年 月 日

職歴	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	※施設名、診療科を記載してください。	
資格・学位		

研修受講歴	
学会及び社会に おける活動（所属学会）	

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為以外には利用致しません。

(様式 3)

※受験番号

志願理由書

令和 年 月 日

氏名

○受講志願特定行為領域名：

研修の志願理由および研修終了後の抱負について記入してください。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

(様式 4)

※受験番号

推薦書

令和 年 月 日

医療法人社団時正会 佐々総合病院
病院長 殿

施設名

職位

推薦者（自署）

佐々総合病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：

【推薦理由】＊現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

Patient Information	
Name	
Age	
Sex	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
History of Present Illness	
Onset of symptoms	
Duration of symptoms	
Frequency of symptoms	
Severity of symptoms	
Associated symptoms	
Previous treatments	
Response to treatment	
Family History	
Social History	
Physical Examination	
Vital Signs	
General	
Head	
Eyes	
Ears	
Nose	
Throat	
Heart	
Lungs	
Abdomen	
Genitourinary	
Neurological	
Musculoskeletal	
Skin	
Laboratory Tests	
Blood	
Urine	
Stool	
Imaging	
X-ray	
Ultrasound	
CT Scan	
MRI	
Other	
Diagnosis	
Treatment Plan	
Follow-up	

○ アクセス

電車でお越しの場合

西武新宿線田無駅北口徒歩 3 分

バスでお越しの場合

ひばりヶ丘駅ご利用の場合 ➡ 西武バス利用 田無駅下車徒歩 3 分

境 03 系統、境 05 系統、田 42 系統 へ乗車

※下記にご乗車されますと少し遠回りになります。

境 04 系統、境 07 系統、田 43 系統、田 44 系統

武蔵境駅ご利用の場合 ➡ 西武バス利用 田無駅下車徒歩 3 分

境 03 系統、境 04 系統、境 07 系統 へ乗車

保谷駅ご利用の場合 ➡ 西武バス利用 田無駅下車徒歩 3 分

田 41 系統 へ乗車

吉祥寺駅ご利用の場合 ➡ 西武バス利用 田無警察署前バス停下車目の前

吉 64 系統 へ乗車

三鷹駅ご利用の場合 ➡ 関東バス利用 田無警察署バス停下車目の前

鷹 03 系統 へ乗車

タクシーでお越しの場合

西東京市内からご乗車の場合、「佐々総合病院前まで」とドライバーに伝えてください。

◎個人情報の取り扱いについて

医療法人社団時正会佐々総合病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努め、安全管理のために必要な措置を講じております。出願及び受講手続きにあたって提供いただいた個人情報は、選考試験の実施、合格発表、受講手続き、履修関係等の必要な業務において使用させていただきます。なお、当院が取得した個人情報は、法律で定められた適正な手続きにより開示を求められた場合以外に、当院の承諾なしに第三者へ開示・提供することはありません。

医療法人社団 佐々総合病院

(看護師特定行為研修担当)

〒188-0011 東京都西東京市田無町 4 丁目 2 4 番 1 5 号

[TEL:042-461-2794](tel:042-461-2794)(総務直通) FAX:042-461-9693