**（様式　1）**

**受　講　申　請　書**

独立行政法人　国立病院機構

横浜医療センター　院長　様

私は、独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（自署）　　　　　　　　　　　　　印

**（様式　2）**

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

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 | 号 |
| 助産師　西暦　　　　 年 　　月 　　日 | 号 |
| 看護師　西暦　　　　 年 　　月 　　日 | 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】 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 |  | 西暦　　　　年　　月 卒業 |
| 専門学歴 |  | 西暦　　　　年　　月 卒業 |
| 　 職　歴 |
| 【施設名・診療科】 | 【期間】 |

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　2022　年 3 月 10 日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　　ハナコ | 男　女 |
| 氏　名 | 　山　田　　花　子 | 印山田 |
| 生年月日 | 西暦　1988　年　5　月　16　日生　（満　31　歳） |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | TEL　0123-456-7890携帯TEL　090-1234-5678 |
| 現住所 | 〒123-0045○○県○○市○○町1丁目1-1 |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院＊正式名称を記入すること |
| 所属施設住　　所 | 〒123-0065○○県○○市○○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 | 号 |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | 号 |
| 看護師　西暦　2010 年　4　月　5　日 | ○○○○○○　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感染管理認定看護師 | 【取得年】2017年 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 | ○○県立　○○高等学校 | 西暦 2007 年 3 月 卒業 |
| 専門学歴 | ○○県立　○○看護専門学校 | 西暦 2010 年 3 月 卒業 |
| 　 職　歴 |
| 【施設名・診療科】○○県立○○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 | 【期間】2010年4月～ |

**（様式　3）**

**志　願　理　由　書**

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

横浜医療センター　院長　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の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。