

2026年度  
公益社団法人日本看護協会

特定行為研修

科目履修申請書類

- (1) 科目履修願（様式 科-1）
- (2) 履歴書（様式 科-2）
- (3) 受講申請許可書（受講同意書）（様式 科-3）
- (4) 受講動機（様式 科-4）
- (5) 希望する受講区分に関する実習施設情報（様式 科-5）
- (6) 認定看護師認定証の写し（有効期限内のもの）
- (7) 特定行為研修修了証の写し（修了しているすべての区分）

書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。

## 申請書類の記入にあたって

### 1. 注意事項

- ◆ 記入見本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。
- ◆ 自署以外は、原則パソコンでの入力すること。
- ◆ 年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆ 全ての書類は戸籍上の氏名で記入すること。
- ◆ 複数枚必要な様式はコピーして使用すること。

### 2. 記入方法

| 申請書類                  | 様式  | 記入方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) 科目履修願              | 科-1 | ・ 氏名の記載は自署とする                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2) 履歴書                | 科-2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書類作成日を記載する。</li> <li>・ 氏名は戸籍上の姓を記入する。</li> <li>・ 所属機関は正式名称を記載。</li> <li>・ 病床数は所属病院の許可病床数を記載する。</li> <li>・ 設置主体は下記から選択し番号を記入する。</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           ①国（厚生労働省、その他） ②国公立大学法人 ③独立行政法人国立病院機構<br/>           ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村（地方自治体）<br/>           ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連<br/>           ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人<br/>           ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他（明記）         </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。</li> </ul> |
| 3) 受講申請許可書<br>(受講同意書) | 科-3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書式に沿ってもれなく記入する。</li> <li>・ 代表者は病院長や所長などの施設管理者とする。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4) 受講動機               | 科-4 | ・ 受講動機を記載する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 5) 希望する受講区分に関する実習施設情報 | 科-5 | 1) 実習を行う予定の施設リスト<br>実習を行う場所（自施設または実習協力が可能な施設）を記載する。<br>・ 自己調整施設とは自己で調整した自施設以外の実習施設のこと。<br>2) 受講を希望する特定行為に関する施設情報<br>受講するすべての科目について施設情報 を記載する。<br>(1) 選択する科目に○をつける。<br>(2) 実習を行う施設の番号を記載する。<br>(3) 各特定行為について、実習期間中（約3か月間）に1行為につき5症例を経験する必要があるため、予定している実習施設での見込みを記号で記入する。複数の実習施設で実習を予定している場合は合算して症例の見込みを記入する。<br>○：5症例以上ある △：1～4症例 ×：症例は見込めない<br><br>※ 臨地実習を行う場合、以下要件を満たす指導医が実習区分毎に必要な                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                 |  |                                                                                                                                  |
|-----------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |  | <p>である。（同一の医師も可）</p> <p>&lt;要件&gt;</p> <p>指導医とは臨床研修指導医、もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験（7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者など）を有する医師。</p> |
| 6) 認定看護師認定証の写し  |  | 有効期限内のものをコピーし添付する。                                                                                                               |
| 7) 特定行為研修修了証の写し |  | 修了証のコピー（A4判）を添付する。（修了しているすべての区分）                                                                                                 |

科目履修願

西暦 年 月 日

公益社団法人日本看護協会 会長 様

私は、公益社団法人日本看護協会特定行為研修（看護研修学校）の下記区分別科目の科目履修を希望するので、ここに関係書類を添えて申請します。申請にあたり「科目履修について」3ページに記載の特定商取引法に基づく表記の内容を理解した上で申込みます。

記

|                                                                                             |                          |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 研修年度                                                                                        | 西暦 _____ 年度 日本看護協会特定行為研修 |                                                                                      |
| 氏名<br>(自署)                                                                                  |                          |                                                                                      |
| 自宅<br>住所                                                                                    | 〒                        |                                                                                      |
| 所属<br>施設名                                                                                   |                          |                                                                                      |
| 施設<br>住所                                                                                    | 〒                        |                                                                                      |
| 認定分野                                                                                        | 分野                       |                                                                                      |
| 希望履修科目の該当番号を<br>下記から選択し、右欄に記入                                                               |                          |                                                                                      |
| 【選択は、①から⑦の内、受講希望の科目を選択。または、領域別パッケージ研修⑧を選択する。<br>⑧を選択した場合、区分別科目は選択不可】                        |                          |                                                                                      |
| ① 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連<br>② 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈<br>注射用カテーテル関連）<br>③ 創傷管理関連<br>④ 動脈血液ガス分析関連 |                          | ⑤ 感染係る薬剤投与関連<br>⑥ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連<br>⑦ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連<br>⑧ 領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 |

受付番号：

## 履 歴 書

西暦 年 月 日現在

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

|      |                 |       |
|------|-----------------|-------|
| フリガナ |                 | 男 ・ 女 |
| 氏 名  |                 |       |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 (満 歳) |       |

|                                    |                                           |    |   |   |                                   |   |
|------------------------------------|-------------------------------------------|----|---|---|-----------------------------------|---|
| フリガナ                               |                                           |    |   |   | TEL                               |   |
| 現住所                                | 〒                                         |    |   |   | 携帯TEL<br>E-mail                   |   |
| 日本看護協会会員番号 (8桁) ※会員の場合のみ           |                                           |    |   |   |                                   |   |
| フリガナ                               |                                           |    |   |   | 施設概要                              |   |
| 所属施設名                              | *正式名称を記入すること                              |    |   |   | 【病床数】 床<br>【看護体制】                 |   |
| 設置主体                               | ( ) 「申請書類の記入にあたって」 2. 記入方法 2) 履歴書の該当番号を記入 |    |   |   |                                   |   |
| 所属施設<br>住 所                        | 〒                                         |    |   |   | TEL<br>所属部署もしくは内線番号<br>( )<br>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 |
| 認定看護師資格分野名<br>_____分野              | 認定看護師資格取得年<br>西暦 年 月 日                    |    |   |   | 認定登録番号<br>号                       |   |
| 専門看護師資格分野名<br>_____分野              | 専門看護師資格取得年<br>西暦 年 月 日                    |    |   |   | 認定登録番号<br>号                       |   |
| 特定行為研修の受講履歴 (修了年度と研修を受けた施設名を下記に記入) |                                           |    |   |   |                                   |   |
| 西暦 年度                              |                                           |    |   |   |                                   |   |
| 西暦 年度                              |                                           |    |   |   |                                   |   |
| 西暦 年度                              |                                           |    |   |   |                                   |   |
| 西暦 年度                              |                                           |    |   |   |                                   |   |

受付番号：

## 受講申請許可書

(受講同意書)

受講者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者が、公益社団法人日本看護協会 特定行為研修の科目履修申請することを許可します。  
また、上記の者が、公益社団法人日本看護協会 特定行為研修の科目履修が決定した場合には、  
本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

西暦                      年                      月                      日

施設名

代表者職位

代表者氏名

印

(代表者は病院長や所長などの施設管理者)

(様式 科-4)

受付番号：

# 機動講受

受講者氏名 \_\_\_\_\_



受付番号 \_\_\_\_\_

## 実習施設情報

## 1. 実習を行う予定の施設リスト

※ 本会は研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、指導医<sup>\*1</sup>の継続した指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を原則としている。

<sup>\*1</sup> 指導医とは臨床研修指導医、もしくは臨床研修指導医と同等以上の経験（7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者など）を有する医師。

|        | 該当する番号に<br>○を付ける | 施 設 名 称 |
|--------|------------------|---------|
| 自施設    | 1                |         |
| 自己調整施設 | 2                |         |
|        | 3                |         |
|        | 4                |         |

## 2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

|            | 分別科目またはパッケージ研修の名称                     |                             | 選択する科目に○を記入 | 実習を行う施設の番号<br>(※上記リストから番号を記入する) | 約3か月間で経験できる症例数の見込み <sup>※2</sup><br>○、△、× |
|------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| 選<br>択     | ① 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連                  | 気管カニューレの交換                  | ○           | 1、2                             | ○                                         |
|            | ② 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入        | ○           | 1                               | ○                                         |
|            | ③ 創傷管理関連                              | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |             |                                 |                                           |
|            |                                       | 創傷に対する陰圧閉鎖療法                |             |                                 |                                           |
|            | ④ 動脈血液ガス分析関連                          | 直接動脈穿刺法による採血                |             |                                 |                                           |
|            |                                       | 橈骨動脈ラインの確保                  |             |                                 |                                           |
|            | ⑤ 感染に係る薬剤投与関連                         | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与        |             |                                 |                                           |
|            | ⑥ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連                   | インスリンの投与量の調整                |             |                                 |                                           |
|            | ⑦ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                   | 抗けいれん剤の臨時の投与                |             |                                 |                                           |
|            |                                       | 抗精神病薬の臨時の投与                 |             |                                 |                                           |
| 抗不安薬の臨時の投与 |                                       |                             |             |                                 |                                           |

| 分別科目またはパッケージ研修の名称               |                                 |  | 選択する科目に○を記入 | 実習を行う施設の番号<br>(※上記リストから番号を記入する) | 約3か月間で経験できる症例数の見込み <sup>*2</sup><br>○、△、× |
|---------------------------------|---------------------------------|--|-------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| ⑧-a<br>領域別パッケージ研修<br>「在宅・慢性期領域」 | 脱水症状に対する輸液による補正（必修の再掲）          |  |             |                                 |                                           |
|                                 | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去     |  |             |                                 |                                           |
|                                 | 気管カニューレの交換                      |  |             |                                 |                                           |
|                                 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |  |             |                                 |                                           |

<sup>\*2</sup> 実習期間中（約3か月間）に1行為につき5症例を経験する必要があるため、予定している実習施設での見込みを記号で記入する。複数の実習施設で実習を予定している場合は合算して症例の見込みを記入する。

○：5症例以上ある △：1～4症例 ×：症例は見込めない