

看護研修学校用

公益社団法人日本看護協会

2026年度 特定行為研修受講申請書類一式

《凡例》 ○必須 △任意

様式番号	種別	選択番号	
		①～⑧-a	⑧-b1、⑧-b2
—	申請書類チェックリスト	○	○
様式 1	受講申請書	○	○
様式 2	履歴書	○	○
様式 3	推薦書 (病院長や所長、看護部長などの 施設管理者)	○	○
様式4	受講動機	—	○
様式 5-1 ／認	実習施設情報	○	—
様式 5-2 ／在宅領域 ⑧b-1、b-2	実習施設情報	—	○
—	認定看護師認定証の写し (有効期限内のもの)	○	—
—	看護師免許証の写し ※ A4 判に縮小コピー	—	○

「申請書類記入見本」を参照すること。

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	記入方法と注意事項
1) 受講申請書	1	氏名の記載は自署とする。
2) 履歴書	2	- 書類作成日を記載する。 - 氏名は戸籍上の姓を記入する。 - 所属機関は正式名称を記載。 - 病床数は所属病院の許可病床数を記載する。 - 設置主体は下記から選択し番号を記入する。 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 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） ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 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 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他（明記） - 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。 - 訂正する場合は、二重線および訂正印を使用する。
3) 推薦書 施設管理者の推薦書	3	- 受講者を推薦する理由を記載する。 - 推薦者は病院長や所長、看護部長などの施設管理者とする。 - 所属施設のない方は、前職などの自分を推薦してくれる機関などに記載を依頼する。
4) 受講動機	4	- 自身のこれまでの看護活動の状況を記載する。 - 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待について記載する。

5) 実習施設情報	5-1 5-2	1) 実習を行う予定の施設リスト 実習を行う施設（自施設または実習協力が可能な施設）を記載する。 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。 2) 受講を希望する特定行為に関する施設情報 受講するすべての科目について施設情報を記載する。 (1) 区分科目を選択する場合科目に○をつける。 (2) 実習を行う施設の番号を記載する。実習する施設がない区分や特定行為は「5」と記載する。 (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。 ○：5症例以上ある △：1～4症例 ×：症例は見込めない ※ 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である。（同一の医師も可） ＜要件＞ 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。
6) 認定看護師認定証の写し ①～⑧-a受講希望者のみ		有効期限内のものをコピーし添付する。
7) 看護師免許証の写し ⑧-b1、⑧-b2受講希望者のみ		A4判に縮小コピーし添付する。

受付番号_____

申請書類チェックリスト

氏名_____

チェックリストで申請書類の有無を確認の上、提出してください。

【①～⑧-a 受講希望者】

☐	【本用紙】申請書類チェックリスト
☐	【様式1】受講申請書
☐	【様式2】履歴書
☐	【様式3】推薦書（病院長や所長、看護部長などの施設管理者）
☐	【様式5-1】実習施設情報
☐	認定看護師認定証の写し（有効期限内のもの）

【⑧-b1、⑧-b2 受講希望者】

☐	【本用紙】申請書類チェックリスト
☐	【様式1】受講申請書
☐	【様式2】履歴書
☐	【様式3】推薦書（病院長や所長、看護部長などの施設管理者）
☐	【様式4】受講動機
☐	【様式5-2】実習施設情報
☐	看護師免許証の写し ※ A4判に縮小コピー

受 講 申 請 書

公益社団法人日本看護協会 会長 様

私は、下記の特定期間研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。申請にあたり「募集要項」10ページに記載の特定期間法に基づく表記の内容を理解した上で申込みます。

■基本コース（全員受講 但し、⑧-b2 除く）

1. 共通科目	基本コースのみ受講希望
2. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ①脱水症状に対する輸液による補正 ②持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	※基本コースのみの受講希望者は○をつける。

※ 区分別科目①～⑦の内、受講希望の科目を選択して○をつける。

■選択コース（任意）

※ 領域別パッケージ研修⑧のいずれか一つを選択して○をつける。

⑧を選択した場合は区分別科目①～⑦は選択不可

※ 1年の研修期間内で臨地実習を修了できる科目数を考慮し、選択すること

選択番号	区分別科目名・領域パッケージ研修	受講希望	特記事項
①	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連		栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連のみ、及び①～⑧-aは認定看護師が対象
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関連）		
③	創傷管理関連		
④	動脈血液ガス分析関連		
⑤	感染に係る薬剤投与関連		
⑥	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		
⑦	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		
⑧-a	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」		⑧-b1、⑧-b2は在宅領域に従事する看護師が対象
⑧-b1	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」を選択する		
⑧-b2	領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」 「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」を選択しない		

西暦 20 年 月 日

氏名（自署）

現住所 〒

TEL

認定看護師資格 なし・ あり（分野名_____）

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		
生年月日	(西暦) 年 月 日生	(満 歳)

フリガナ			TEL
現住所	〒		携帯TEL 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			【病床数】 【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 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
認定看護師資格分野名 _____分野	認定看護師資格取得年 西暦 年 月 日	認定登録番号 号	
専門看護師資格分野名 _____分野	専門看護師資格取得年 西暦 年 月 日	認定登録番号 号	
学 歴			
大学院 (修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける)			
西暦 年 月修了／在学中			
認定看護師教育 (修了月と機関名を下記に記入) ※認定看護師教育課程修了者のみ記入			
西暦 年 月修了			

(様式 3／認&在宅領域)

受付番号_____

推 薦 書

受講者氏名_____

西暦 2 0 年 月 日

施 設 名

推薦者職位

推薦者氏名

印

(推薦者は病院長や所長、看護部長などの施設管理者)

受講動機

1) 自身のこれまでの看護実践活動内容

2) 特定行為研修受講による活動に対する今後の期待

枠の調整は行わず1枚にまとめ、読める文字サイズとする。

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^{*1}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。

^{*1} 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 ○を付ける	施 設 名 称
自施設	1	
自己調整施設	2	
	3	
	4	
実習施設が確保できない	5	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

	区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 (※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 ^{*2} ○、△、×
必須	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	○		
		脱水症状に対する輸液による補正			
選択	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			
	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			
	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的投与			
	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的投与			
		抗精神病薬の臨時的投与			
		抗不安薬の臨時的投与			
	⑧-a 領域別パッケージ研修 「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			

^{*2} 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

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^{*1}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。

^{*1} 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 ○を付ける	施 設 名 称
自施設	1	
自己調整施設	2	
	3	
	4	
実習施設が確保できない	5	

2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報（※ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を選択する場合は○をつける。太枠内を記入する）

	特定行為区分の名称	特定行為名	選択する科目に、○を記入	実習を行う施設の番号 （※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 ^{*2} ○、△、×
必須	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	1. 気管カニューレの交換	○		
	ろう孔管理関連	2. 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			
	創傷管理関連	3. 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			
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	4. 脱水症状に対する輸液の補正			
選択	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	5. 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整			

^{*2} 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