

福岡県立大学看護実践教育センター
特定行為研修部門

2025（令和7）年度 受講申請書類一式

（申請書類記入見本）

1) 受講申請書（様式1）

2) 履歴書（様式2-1）（様式2-2）

・資格を証明する書類

A4 サイズに縮小コピーして提出

3) 審査票及び審査票控え（様式3）

4) 推薦書（様式4）

5) 勤務証明書（様式5）

6) 受講動機（様式6）

7) 既修得科目履修免除申請書（様式12）（※免除申請者のみ）

受講申請書

公立大学法人福岡県立大学

看護実践教育センター長 様

私は、下記の公立大学法人福岡県立大学看護実践教育センター
看護師特定行為研修を受講したく関係書類を添えてお願いいたします。

記

志願するものに○を記入する

共通科目及び特定行為研修（①～③のいずれか一つを選択する）		志願するもの
共通科目（免除申請者以外は 必須 とする）	免除申請者以外は 全員○をつける	○
① 在宅・慢性期領域パッケージ	開講する研修のうち、 いずれか一つに○を つける	○
② 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連		
③ 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		

以上

S（昭和）、H（平成）の
どちらかに○をつける

令和 6 年 10 月 ○日

フリガナ

氏名（自署）

フクオカ

福岡

ハナコ

花子

福岡

S・H 55（西暦 1980）年 5 月 ○日生

現住所 〒 825-8585

福岡県田川市大字伊田4395番地

TEL 090-1234-1234

（日中に連絡の取れる携帯番号が望ましい）

手書き(自署)の場合、捺印不要。
PCで記名した場合、押印する。

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

フリガナ	フクオカ ハナコ	男 女
氏 名	福岡 花子	○ 福岡
生年月日	S H 55 (西暦 1980)年 11月 ○日生 (満 42 歳)	

フリガナ	フクオカケンタガワシオオアザイタ4395バンチ〇〇アパート102		TEL
現住所	〒825-8585 福岡県田川市大字伊田4395番地〇〇アパート102		携帯TEL090-1234-1234 E-mail (PC用) fu.tokutei2020@icloud.com
緊急時連絡先 (続柄)	氏名 福岡 太郎 (父)	連絡先 〒 000-0000 福岡県福岡市博多〇〇 TEL 092-〇〇〇-〇〇〇〇	↑『必ず記載すること』 [@fukuoka-pu.ac.jp]から 受信できるように設定する
フリガナ	コウリツダイガクハウジンフクオカケンリツダイガク 〇〇ビョウイン		
所属施設名	例) 公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院		*正式名称を記入すること
所属施設 住 所	〒 000-0000 福岡県福岡市博多区〇〇-〇〇 TEL (代表番号) FAX (代表番号)	所属部署および内線番号 部署名: 訪問看護ステーション 内線番号: 〇〇〇〇	
免許取得 年月日	保健師 S・H (西暦)年 月 日	号	
	助産師 S・H (西暦)年 月 日	号	
	看護師 S (H) 16 (西暦 2004)年 3月 26日	〇〇〇〇〇〇〇号	
認定看護師資格分野名 _____分野	認定看護師資格取得年 H・R (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 H・R (西暦)年 月 日	認定登録番号 号	
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)			
S・H・R 年 (西暦) 年 月修了/在学中			

年 月	履 歴 事 項	学歴・職歴を分けて記入すること
・	学 歴	
平成 11 年・3 月	福岡県立〇〇高等学校 卒業	
平成 11 年・4 月	公立大学法人福岡県立大学 看護学部 入学	
平成 16 年・3 月	公立大学法人福岡県立大学 看護学部 卒業	
・		以上
・		
・	職 歴	
平成 16 年・4 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 〇階病棟 入職	
平成 20 年・7 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 訪問看護ステーションへ異動	
平成 22 年・10 月	第 1 子出産(産前産後休暇及び育児休暇を 1 年 1 ヶ月間取得)	
平成 23 年・11 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 訪問看護ステーションへ復職	
平成 28 年・6 月	第 2 子出産(産前産後休暇及び育児休暇を 1 年 1 ヶ月間取得)	
平成 29 年・7 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 〇〇外来へ異動・復職	
令和元年・9 月	介護休暇 2 か月取得	
令和元年・11 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 〇〇外来へ復職	
令和 2 年・3 月	公立大学法人福岡県立大学 〇〇病院 〇〇外来 退職	
令和 2 年・4 月	医療法人〇〇会 〇〇訪問看護ステーション 入職	
・		現在に至る
・		
・	そ の 他	
平成 30 年・4 月	一般社団法人日本フットケア・足病変医学会認定 フットケア指導士認定	
・		以上
・		
・		
・		

(様式 3)

2025(令和 7)年度福岡県立大学看護実践教育センター特定行為研修部門

審査票	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">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</div>	写真貼付欄	フリガナ		審査番号
			氏名		※
	3ヶ月以内に撮影したもの	生年月日 S・H (西暦)年 月 日			

※印欄は記入しないこと

2025(令和 7)年度福岡県立大学看護実践教育センター特定行為研修部門

審査票控え	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">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</div>	写真貼付欄	フリガナ		審査番号
			氏名		※
	3ヶ月以内に撮影したもの	生年月日 S・H (西暦)年 月 日			

※印欄は記入しないこと

推 薦 書

受講者氏名 _____

令和 年 月 日

施 設 名

推薦者職位

推薦者氏名

印

(推薦者は施設長もしくは看護部門長とする)

(様式 5)

勤務証明書

現在の勤務施設で年数が満たない場合、
受講資格を満たす年数になるよう、前職
の勤務証明書も提出する

フリガナ				生年月日
氏名	S・H (西暦)年 月 日			
職種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 (いずれかに○)			
在職期間	S・H・R 14 (西暦 2004)年 4月 1日から	通算		
	S・H・R 2 (西暦 2020)年 3月 31日まで	16年 0ヶ月		
勤務形態	常勤 ・ 非常勤 (1日 時間 週 日勤務) — 非常勤の場合のみ記入			
所属部署名	○階病棟	経験年数	4年 3ヶ月	
部署の特徴	一般内科病棟 成人～壮年期の呼吸器・循環器・内分泌代謝疾患患者が多い			
所属部署名	訪問看護ステーション	経験年数	9年 5ヶ月	
部署の特徴	成人から高齢者中心 人工呼吸器等の医療機器の管理や見取りなどを必要とする患者が多い			
所属部署名	○○外来	経験年数	年 4ヶ月	
部署の特徴	一般外科と皮膚科外来が主で小児は少なく、成人～高齢者が多い 診療及び処置等の介助を実施			

- ・ 在職期間の通算年数は、長期休暇・休養等も含んだ年数としてよい
- ・ 枠が不足する場合は、適宜行を追加して記入すること
- ・ 申請時点で実務経験年数が通算5年以上を満たしていること

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

令和 6 年 10 月 ○ 日

施設名

所在地

証明者職・氏名 病院長

印

受講動機

1) 自身のこれまでの看護活動の状況

枠内に文章を記載すること
ただし、枠のサイズ変更は不可とする

2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待

枠内に文章を記載すること
ただし、枠のサイズ変更は不可とする

既修得科目履修免除申請書

公立大学法人福岡県立大学
看護実践教育センター長 様

フリガナ

申請者氏名

印

私は、特定行為研修機関において既に特定行為研修を修了しているため、科目の履修免除を申請いたします。

修了した特定行為研修機関名（正式名称を記入する）

履修免除を申請する既修得科目（該当する科目に○を記入する）

科目名	既修得科目履修免除申請
共通科目	○

令和7年度の申請においては、
共通科目の履修免除を行う

必要書類の提出（チェックを入れる）

特定行為研修修了証の写し

受講時の授業概要等の写し

返却はしない