|  |
| --- |
|  **令和８年度春季（4月）　滋賀医科大学大学院医学系研究科****看護学専攻 博士前期課程 高度実践コース** **特定行為研修面接審査申請書** |
| 滋賀医科大学長　殿貴大学大学院医学系研究科看護学専攻博士前期課程入学試験への出願について、特定行為研修の履修を希望します。ついては、履修資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　男・女（西暦　　　　　年）昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　満　　　歳 |
| 志 望 分 野 | コース | 高度実践コース |
| 研究領域・部門 | １.□特定行為領域　 特定行為実践部門 |
| ２.□特定行為領域　　周麻酔期看護実践部門 |
| ~~３.□専門看護師領域　母性ＣＮＳ部門~~ |
| 指導を希望する教員名 |  |
| 指導教員との申請前相談 |  ※指導を希望する教員と、必ず申請前に事前相談してください。□　　　　　　　相談後、左の□欄に✓印を記入してください。 |
| 現 住 所 | 〒　　　　－TEL　　　（　　）E-mail： |
| 勤　　　務　　　先 |  ふりがな 名　称 |  |
|  |
| 　所在地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　） |
| 　施設長名 |  | 所属長名 |  |
|  申込者の職種 |  | 申込者の　職位 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学　　歴 | 年　月(和暦) | 高等学校卒業から、年月（和暦）を入れて記載してください。 |
|  　　　　年　　月 | 　　　　　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　　卒業 |
|  　　　　 年　　月 |  |
|  　　　　 年　　月 |  |
|  　　　　 年　　月 |  |
| 職　　歴 | 年　月（和暦） | 配属期間 | 施設名、配属診療科名、配属期間を記載してください。 |
|  　　年　月～　　　　年　月 | 　　　年　　 ヶ月 |  |
|  　　年　月～　　　　年　月 | 　　　　　年　　 ヶ月 |  |
|  　　年　月～　　　　年　月 | 年　　 ヶ月 |  |
|  　　年　月～　　　　年　月 | 年　　 ヶ月 |  |
|  　　年　月～　　　　年　月 | 年　　 ヶ月 |  |
| 現在の職務 | 所属部署の名称 | 　　　　　　　職　務　内　容 |
|  |  |
| 免許・資格・学位 |  |
| 学会及び社会における活動（所属学会；役職等） |  |
| 特定行為研修受講歴有無 | □ 有　（研修機関名：　　　　　　　　　　　修了年度：　　　）□ 無 |
| その他１研修につき５日以上の研修受講歴 |  |
| ラダーの有無 及び ラダーレベル（該当の□にチェック） | □ 有（　□ 日本看護協会　　　□ 施設独自） 　　　レベル（　　　　　　　）□ 無 |