

受講出願書

福岡県立大学長 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出願いたします。

記

出願するものに○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）		出願するもの
共通科目（免除申請者以外は必須とする）		
①	在宅・慢性期領域パッケージ	
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

令和 年 月 日

フリガナ

氏名

印

S・H (西暦)年 月 日生

現住所 〒

TEL

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		男 女
氏 名		印
生年月日	S・H (西暦)年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ			TEL
現住所	〒		携帯 E-mail (PC用)
緊急時連絡先	氏名	連絡先 〒 TEL	
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 FAX		所属部署および内線番号 部署名： 内線番号：
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 (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 H (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 (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			

令和 年 月 日現在

(様式 2-2)

[illegible]

令和 年 月 日現在

2026(令和 8)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	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	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

2026(令和 8)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	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	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

出願者氏名

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)

勤務証明書

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○をつける)			
在職期間	S・H・R (西暦)年 月 日から		通算	
	S・H・R (西暦)年 月 日まで		年 ヶ月	
勤務形態	常勤 ・ 非常勤 (1 日 時間 週 日勤務)			
所属部署名			経験年数	年
部署の特徴				
所属部署名			経験年数	年
部署の特徴				
所属部署名			経験年数	年
部署の特徴				

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

施設名

所在地

証明者職・氏名 印

志願動機

1) 自身のこれまでの看護活動の状況

2) 特定行為研修受講による自己の活動に対する期待

既修得科目履修免除申請書

福岡県立大学長 様

フリガナ

申請者名

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、共通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習得科目（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	

必要書類の提出確認（チェックを入れる）

☐ 特定行為研修修了証の写し

☐ 受講時の授業概要の写し