

受験番号
(記入不要)

受講願書

群馬パース大学長 様

私は、群馬パース大学における下記の特定行為研修課程を受講したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

(西暦) | 年 | 月 | 日

現住所 〒 | - |
|
|

電話番号 | - | - |

フリガナ

氏名 (自署)

生年月日 (西暦) | 年 | 月 | 日

受講を希望する特定行為区分 (複数選択可)

<input type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連
<input type="checkbox"/>	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

受験番号

(記入不要)

履 歴 書

(西暦) | | 年 | | 月 | | 日 現在

フリガナ						性別	写真貼付 縦 40 mm×横 30 mm 無帽,上半身正面向き で出願前 3 か月以内に 撮影したもの
氏 名							
本人現住所	〒 - TEL ()						
生年月日	西暦	年	月	日	歳		
フリガナ						病床数	
所属機関名							
所属機関 住 所	〒 - TEL () / FAX ()						
免 許	保健師 (第 号)	取得年月日	年	月	日		
	助産師 (第 号)	取得年月日	年	月	日		
	看護師 (第 号)	取得年月日	年	月	日		
学 歴 (高校卒業以降を記入すること。入学・卒業年月を西暦で記入すること。)							
	年	月					
	年	月					
	年	月					
	年	月					
	年	月					
	年	月					
職 歴 (施設及び所属部署名を記入すること。例：〇〇病院 脳神経外科病棟)							
	年	月	年	月			
	年	月	年	月			
	年	月	年	月			
	年	月	年	月			
賞 罰							
	年	月					
	年	月					
学会及び研修会発表等の業績							
	年	月					
	年	月					

※記載スペースが不足する場合は別紙を添付してください。

受験番号

(記入不要)

推薦書

(西暦) | |年| |月| |日

群馬パース大学長 様

機関（施設）名 |

職 位・氏 名 |

印

※施設長または看護部門の長が発行してください。

特定行為研修課程の受講者として、次の者を推薦します。

氏 名 : |_____|

推薦の理由

--

※推薦元で所定様式がある場合は、その用紙を使用しても差し支えありません。

受験番号

(記入不要)

志望理由書

氏名：|_____|

--

受験番号

(記入不要)

自施設情報確認書 (特定行為研修)

志願者氏名： _____

【特定行為研修自施設実習について】

受講を希望する特定行為研修の臨地実習を、自施設（勤務先）で実施できるか所属先機関（施設）に確認のうえ記入してください。

特定行為研修 区分別科目名	自施設で実習 をすることが 可能である (不可能と回答さ れた方は右記項 目のチェックは 不要です)	該当するものに☑する。				
		1 行為につ き症例が 5 例以上ある	①		②	③
			特定行為区分の臨地実習が行える 医師又は歯科医師の指導者がいる		特定行為区分の 臨地実習が行える 看護職の指導 者がいる	特定行為 修了者がいる
栄養及び水分 管理に係る薬 剤投与関連	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ある	医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いる
	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> ない	歯科医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない
動脈血液ガス 分析関連	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ある	医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いる
	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> ない	歯科医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない
精神及び神経 症状に係る薬 剤投与関連	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ある	医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いる
	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> ない	歯科医師	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない

※特定行為研修の臨地実習は、上記の特定行為研修区分の各 1 行為につき、5 例以上の実習が必要。

※臨地実習には上記①の医師の指導者がいること。

※症例数及び指導者の条件を満たすことができれば、自施設（勤務先）での臨地実習が可能です。ただし、自施設での臨地実習を希望する場合は、群馬パース大学看護実践教育センターの実習協力施設として、事前に施設代表者の承諾を得る必要がありますので、あらかじめ自施設での臨地実習が可能かご確認ください。

〈指導者の要件〉

・医師を必ず含むこととし、その他の指導者も、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療関係者であること。医師又は歯科医師の指導者は、「臨床研修指導医」又は「臨床研修指導歯科医」と同等以上の経験を有すること。

※「同等以上の経験」とは、「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（研修医への指導経験）を有する医師」が想定されています。

・看護師の指導者は、特定行為研修を修了した者又はこれに準ずる者であること。

※「準ずる者」とは、「平成 21 年度及び平成 23 年度特定看護師（仮称）養成調査試行事業における研修並びに平成 24 年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修を修了した看護師、専門看護師及び認定看護師、大学等での教授経験を有する看護師」が想定されています。

詳しくは厚生労働省ホームページ内「指定申請に関する QA【指定申請者用】(2)(3)」をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000201676.pdf>



2025 年度
特定行為研修課程
「受験写真票」

受験番号 (記入不要)	
フリガナ	
氏名	

写真貼付欄

縦 40 mm × 横 30 mm

無帽、上半身正面向
きで、出願前 3 か月
以内に撮影したもの

【注意事項】

履歴書と同じ写真を貼付してください。

2025 年度
特定行為研修課程
「受講検定料振込証明書貼付票」

「振込受付書」貼付欄

※用紙が枠内に収まらない場合は、
貼付した後に枠内に折り込んでください。

金融機関の窓口かATMまたはインターネットバンキングでお振込みください。

受験番号
(記入不要)

既修得科目履修免除申請書

群馬パース大学長 様

志願者氏名 : _____

私は、下記のとおり指定研修機関の看護師特定行為研修において、共通科目の受講を修了している又は修了見込みのため、修了証又は修了見込証明書と、受講科目の内容を記載した書類を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

指定研修機関名	修了認定（見込）日
	年 月 日

以上

*添付書類

- (1) 指定研修機関において履修した科目を修得したことを証明する書類（特定行為研修修了証）
- (2) (1)に掲げる受講科目の内容を記載した書類（シラバスの写し）