

受講願書

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

私は、高崎健康福祉大学における看護特定行為研修課程の受講を希望します。
よって、関係書類を添えて出願します。

受講する特定行為研修区分名（希望する区分に○をつける）

特定行為区分名		希望する区分
特定行為区分	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	
	感染に係る薬剤投与関連	

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名 _____ ⑩

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所 〒 _____

電話番号 (固定) _____

(携帯) _____

※受験番号

志願理由書

氏名

--

推薦書

年 月 日

高崎健康福祉大学看護実践開発センター長 殿

施設の名称

看護部門責任者職位

看護部門責任者氏名 _____ 印

高崎健康福祉大学看護師特定行為研修課程の入学生として、次の者を推薦いたします。

氏名 _____

【推薦理由】

勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

氏名: _____

1. 上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	年 月迄	年 月	年 月
非常勤 勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	年 月迄	年 月	年 月
合計通算年数				年 月

2. 所属した部署の名称と実績月数・職位

所属部署	期間	月数	職位
	年 月～年 月		

上記の通り相違ないことを証明します。

機関（施設）名:

職位名※:

氏名:



機関（施設）所在地:

電話番号:

※施設長または看護部門責任者が発行すること。

緊急連絡先

災害などで試験や実習の日程に変更が生じた場合、あるいは研修に関して緊急の連絡が必要な場合に、看護実践開発センターより連絡させていただくことがあります。

氏名		
現住所		
本人	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
	FAX	
	E-mail	
所属施設	施設名	
	施設所在地	
	電話番号	内線()
本人以外 緊急 1	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	
本人以外 緊急 2	氏名	続柄()
	電話番号(固定)	
	電話番号(携帯)	

(注意事項)

- ①本人以外の緊急連絡先は1箇所以上記入してください。
- ②間違いがないよう、正確に記入してください。

受験料「振込金受取書」貼付書

(注意事項)

- 銀行等金融機関に備え付けの「振込依頼書」に必要事項を記入の上、受験料 30,000 円を 受験者本人名義で振り込んでください。(A T Mでの振り込み可)
- ネットバンキングからの振込は不可。
- 振込後、受け取った「振込金受取書」のコピーを枠内に貼り付けてください。
※必ず、受付金融機関の日付印が押印されていることを確認してください。
※原本ではなく、印字が読み取れる状態のコピーを貼りつけてください。(縮小コピー可)
原本を貼付した場合、一度提出した書類の返却はできません。

(貼付欄)

- この枠内にはがれないようにのり付けしてください。
- 枠より大きい用紙の場合は、枠内におさまるように折り曲げてください。