2022年度

T-ICU特定行為研修

申請書類一式



**（様式　1）**

受験番号：

受　講　申　請　書

株式会社T-ICU 代表取締役 中西智之　様

私は、株式会社T-ICUにて実施される看護師特定行為研修

 を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　 年 月 日

（自署）　　　　　　　　　　　　　印

西暦 　　年 　　月 　　日　　生

現住所　　〒

TEL

**（様式　2）**

受験番号：

　　　　　　　　　　**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

西暦　　　年 　月 　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　女 |
| 氏　名 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　歳） |
| フリガナ |  | TEL携帯TELE-mail |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 施設概要【病床数】　　　　床【看護体制】　 |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住　　所 | 〒 | TEL所属部署もしくは内線番号（　　　　　　　　）FAX |
| 免許取得年月日 | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | 号 |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | 号 |
| 看護師　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西暦　　 　年　　　 月　 　　日 | 認定登録番号号 |
| 特定行為研修 | 特定行為研修修了年西暦　　 　年　　　 月　 　　日 |  |
| 学　歴 |
| 看護学校・看護大学等（卒業年月と教育機関名を下記に記入） |
| 西暦　　　　　　　年 　月修了 |  |
| 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） |
| 西暦　　　年 　月修了／在学中 |  |
| 認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入） |
| 西暦年 　月修了 |  |

**（様式　3）**

受験番号：

**受　講　申　請　許　可　書**

**（受講同意書）**

**受講者氏名　　　　　　　　　　　印**

上記の者が、T-ICU特定行為研修の受講申請することを許可します。

また、上記の者の受講が決定した場合には、本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

代表者職位

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

（代表者は病院長などの施設管理者）

**（様式　4）**

受験番号：

**推　薦　書**

**受講者氏名　　　　　　　　　　　印**

**推薦理由**

西暦　　　　年　　　 月　　　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

（推薦者は看護部長などの看護部門の長）

**（様式　5）**

受験番号：

**希望する受講モデルに関する施設情報**

**希望する受講モデルにレを記入する**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | パッケージ及び区分名 | 学習できる区分及び特定行為 |
| □ | 集中治療領域パッケージ | 1. 経口用気管チューブまたは経鼻用気管チューブの位置の調整
2. 侵襲的陽圧換気の設定の変更
3. 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
4. 人工呼吸器からの離脱
5. 一時的ペースメーカーの操作及び管理
6. 中心静脈カテーテルの抜去
7. 橈骨動脈ラインの確保
8. 持続投与中のカテコラミンの投与量の調整
9. 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
10. 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
 |
| □ | 術中麻酔管理領域パッケージ | 1. 経口用気管チューブまたは経鼻用気管チューブの位置の調整
2. 侵襲的陽圧換気の設定の変更
3. 人工呼吸器からの離脱
4. 直接動脈穿刺法による採血
5. 橈骨動脈ラインの確保
6. 脱水症状に対する輸液による補正
7. 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
8. 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
 |
| □ | 栄養に係るカテーテル管理（PICC）関連 |  |

申請書類の記入にあたって

1. 注意事項
* 過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないため注意する。
* 自署以外は、パソコンで入力してもよい。
* 年号はすべて西暦表記とすること。

2. 記入方法

【様式1】　氏名は自署とする

【様式2】 該当がない場合は、「なし」と記入すること

【様式3】　代表者は病院長などの施設管理者とする

【様式4】　受講者を推薦する理由を記載する。推薦者は看護部長などの看護部門の長とする

【様式5】　該当箇所にレをつけ、また、それぞれの質問内容に当てはまる回答に◯をつけること

添付書類：**看護師免許の写しをA4に縮小し同封すること**
　　　　　特定行為研修を修了している者は、特定行為研修修了証をA4サイズへコピーし同封する

3. 応募方法

* 出願提出書類を、下記担当あてに「簡易書留」送または直接持参すること

【郵送先】 〒651-0085

兵庫県神戸市中央区八幡通3-2-5 IN東洋ビル605

T-ICU看護師特定行為研修担当　宛

＊封筒に朱書きで、特定行為研修出願書類在中と明記すること

