

応募要領

1. 研修受講資格（以下の各号をすべて満たしていること）
 - 1) 日本国内の看護師国家試験における看護師免許を有する者
 - 2) 看護師免許取得後、5年以上の看護師実践経験を有する者
 - 3) 所属施設長の推薦を有する者（推薦基準を参考にして下さい）

【推薦基準】

- ① 心身ともに健康で、組織規範を遵守できる
- ② 個別性を重視した看護を実践できる
- ③ 看護実践者として、後輩に支援的役割を果たせる
- ④ チームリーダーとしての役割行動がとれる

2. 研修期間 令和2年6月1日（月）～令和3年1月29日（金）（約8ヶ月）

3. 募集人員 12名

- 1) 指定募集：独立行政法人国立病院機構施設内に所属する看護職 10名程度
- 2) 一般募集：独立行政法人国立病院機構施設外に所属する看護職 2名程度

4. 出願期間・試験日・試験科目・合格発表・手続期間

募集区分	指定募集	一般募集
募集人員	10名程度	2名程度
出願期間（当日必着）	令和2年3月2日（月）～3月31日（火）	
試験日	令和2年4月20日（月）	
試験科目	論文試験（800字程度の小論文）、面接試験	
合格発表	令和2年4月30日（木） 10時	
手続期間（当日必着）	令和2年5月7日（木）～5月13日（水）	

5. 出願手続き

- 1) 出願書類

- ① 受講申請書（指定用紙）
- ② 履歴書（指定用紙、写真1枚） … 「記入例」をよく確認し、記載して下さい。
- ③ 志願理由書（指定用紙）
- ④ 推薦書（指定用紙）
- ⑤ 看護師免許証（写し、A4サイズ）
- ⑥ 受験票
- ⑦ 写真票（写真1枚）
- ⑧ 返信用封筒

- 2) 審査料 20,000円

- (1) 納入は、銀行振り込みとさせていただきます。いずれの募集区分も20,000円です。
本研修指定の「振込依頼書」を使用し、振込んで下さい。郵便局からの振り込みはできません。
- (2) 「ご依頼人」は、必ず申請者本人の氏名をご記入のうえ、銀行窓口へ提出して下さい。
尚、お名前の頭に「特定行為」をつけて印字していますので、その続きに記入して下さい。
- (3) 手数料は、ご依頼人が負担して下さい。
- (4) 「振込金受取書」をもって領収書に代えさせていただきますので、保管をして下さい。
- (5) 振込みをされましたら「振込通知書（センター提出用）」を出願書類とともに郵送して下さい。

3) 出願書類の書き方

(1) 受講申請書：指定用紙（様式1）

- ①「年月日」は記載する日を記入して下さい。
- ②「申請者氏名（ふりがな）」は、本人が手書きし、押印して下さい。
- ③「募集区分」の該当するところを○で囲んで下さい。

(2) 履歴書：指定用紙（様式2）

- ①年齢は、令和2年4月1日現在で書いて下さい。
電話番号は、いつでも連絡が可能な番号をいずれか1つは記入下さい。
- ②学歴は、高等学校卒業から現在までをすべてお書き下さい。欄が不足する場合は、別紙に記載し、添付して一緒に提出して下さい。
- ③職歴は、正確な施設名と期間を記入し、勤務場所の診療科を記入下さい。
- ④写真は6カ月以内に撮影したもの（縦4.5cm×横3.5cm上半身・正面・カラー写真）を貼付して下さい。

(3) 志願理由書：指定用紙（様式3）

- ①「年月日」は記載日を記載し、「氏名」は本人氏名を記入して下さい。
- ②「志願理由」は、臨床看護の経験を含めて、具体的な受講理由を記入下さい。
もう一点、臨床看護師としての自己課題を記入下さい。

(4) 推薦書：指定用紙（様式4）に、所属施設長が発行した書類を「厳封」にて準備下さい。

- ①「年月日」は、書類発行日を記入して下さい。
- ②施設長の「施設名」「職位」「推薦者氏名」を記入し、施設長印の押印をお願いします。
- ③「推薦理由」は、「看護実践能力、受講修了後の進路や期待される役割等」を具体的に記入下さい。
(注：開封すると無効になりますので、厳封のままですて送付して下さい。)

(5) 看護師免許証（写し、A4サイズ）

看護師免許証（原本）を複写した用紙（A4サイズ）1枚を提出して下さい。

(6) 受験票

- ①該当する「募集区分」「年号」を○で囲んで下さい。
- ②氏名（ふりがな）、生年月日を記入して下さい。

(7) 写真票

- ①「履歴書」に使用した同じ写真を貼付して下さい。
- ②氏名（ふりがな）、生年月日を記入して下さい。

(8) 返信用封筒

受験票送付用封筒（所定封筒）に受験者の住所、氏名及び郵便番号を記入し、速達郵便額相当分（374円）の郵便切手を貼って下さい。

4) 出願方法

出願に要する書類を一括して封筒に入れて、書留郵送又は持参して下さい。

封筒の表の左側に、「特定行為研修」と朱書きをして下さい。

5) 注意事項

(1) 試験日の4日前になっても受験票がお手元に届かない場合は、下記へお問合せ下さい。

独立行政法人国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター

電話（代）0877-62-1000 看護師特定行為研修 受講審査係

(2) 受験票送付用封筒の送付先は、確実に届く住所を記載下さい。

(3) 一旦納入した審査料及び提出書類は、返還できません。

6. 選考方法

小論文試験、面接試験の結果及び出願書類を総合し、合否判定基準に基づき判定します。

7. 試験会場及び時間割等

- 1) いずれの募集の試験も当病院で行います。
- 2) 時間割

4月20日(月)	試験科目	試験時間
指定募集 一般募集	受付 (30分)	10:00～10:30
	オリエンテーション (15分)	10:30～10:45
	小論文 (60分)	10:45～11:45
	面接オリエンテーション (15分)	11:45～12:00
	昼食 (60分)	12:00～13:00
	面接(原則、受験番号の早い順で計画)	13:00～終了まで

3) 試験時の注意点

- (1) 試験中は携帯電話の電源を切って、かばんに入れて下さい。
- (2) 試験中は、係員の指示に従って下さい。
- (3) 病院駐車場は、原則使用できません。公的交通手段及びタクシーで来院下さい。

8. 試験に持参するもの

- 1) 受験票
- 2) 筆記用具 (HB又はBの鉛筆・シャープペンシルをご準備下さい。)
- 3) 昼食の準備 (持参が難しい方は、病院内のレストラン・売店が利用できます。)

9. 選考結果の発表について

合格発表日：令和2年4月30日(木)

- 1) 病院ホームページに午前10時、指定募集・一般募集ともに合格者受験番号を提示します。
- 2) 同日、合否結果を本人及び推薦者の施設長宛に通知文書で郵送します。
- 3) 電話での合否の問い合わせには応じられません。

10. その他

- 1) 職員宿舎の利用ができます。希望者多数の場合は、選考により入舎できます。
- 2) 提出された書類により得られた個人情報、受講審査関連のために利用し、その他の目的には一切使用いたしません。
- 3) 入学決定後、実習における医療安全のため「看護師賠償責任保険」の加入確認をさせていただきます。

11. 募集要項の請求等

- 1) 四国こどもとおとなの医療センターの病院ホームページから、出願願書「見本」、様式3、様式4をダウンロードできます。 <https://shikoku-mc.hosp.go.jp/> (令和2年2月上旬に公開予定)
- 2) 郵送による請求方法は、下のメールアドレスに必要情報を入力し、請求して下さい。
送付先「郵便番号、住所、氏名」を正確をお願いします。病院から折り返し郵送を致します。

12. 試験に関する書類の送付先及び問合せ先

〒765-8507 香川県善通寺市仙遊町2丁目1-1
独立行政法人国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター
看護師特定行為研修 受講審査係
* 電話(代表) 0877-62-1000
平日(月～木)の8時30分～17時00分までにご連絡下さい。
* E-mail: tamagawa.midori.mb@mail.hosp.go.jp
看護師特定行為研修担当者(教育研修対策室)

(様式2)

記入例

※受験番号	
-------	--

履歴書

令和 2 年 3 月 10 日現在

カラー写真貼付
(4.5cm×3.5cm)

- 上半身・正面6ヶ月以内に撮影したもの
- 写真裏面に氏名を記入すること

ふりがな	たかまつ はなこ		
氏名	高松 花子		性別 (女・男)
	昭和・平成 61年 4月 12 日生(満 34歳)		
ふりがな	かがわけん ○○○し ○○○ちょう		
現住所	(〒 765 - 0001) 香川県 ○○市 ○○町 2丁目 1-1		
電話番号	自宅: 0877 (633) 8383 携帯: 090 (1549) 6543 いずれかを必ず記入のこと		
勤務先	ふりがな	かがわけんりつ ○○○○びょういん	
	名称	香川県立 ○○○○病院	
	ふりがな	かがわけん ○○○し ○○○ちょう	
	所在地	(〒 760 - 0000) TEL 0877 (000) 1000 香川県 ○○市 ○○町 ○○番○○号	
	職種	看護師	職位 副看護師長
免許	看護師免許	昭和・平成 ○○年 4月 5日 免許取得	○○○○○○号
	保健師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
	助産師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
学歴	香川県立 △△△△ 高等学校	平成○○年4月～○○年3月(卒業・中退)	
	香川県立 ○○○大学 ○○学部 看護学科	平成○○年4月～○○年3月(卒業・中退)	
	日本○○大学 教育学部 福祉学科	平成○○年4月～○○年3月(卒業・中退)	
		年 月～ 年 月(卒業・中退)	
		年 月～ 年 月(卒業・中退)	
*高等学校以上について記載してください。			
職歴	○○○市立○○○病院	平成△△年 4月 ～ △△年 3月 退職	
	(内科病棟:3年、外科病棟:3年)	年 月 ～ 年 月	
	香川県立○○○病院	平成△△年 4月 ～ 年 月 採用	
	(小児科病棟:5年)	年 月 ～ 年 月	
	現在に至る	年 月 ～ 年 月	
		年 月 ～ 年 月	
		年 月 ～ 年 月	
		年 月 ～ 年 月	
*施設名に加え、診療科と期間を記載してください。			

* (女・男)、(卒業・中退)、昭和・平成 の選択部分は、いずれかに○をつけること。

* ※欄は記入しないこと。

所属施設内の 委員会活動等	平成◇◇年～××年 看護記録委員会 平成××年～ 感染対策チーム委員会 平成〇〇年～ 副看護師長委員会 平成〇〇年～ 実習指導者会
これまでに取得した 医療・福祉関係の免 許資格	(看護師・保健師・助産師以外) 平成××年 社会福祉士 平成△△年 呼吸療法認定士
所属学会	平成△△年～ 日本がん看護学会 平成◇◇年～ 日本看護科学学会
宿舎希望の有無	有 ・ 無 (いずれかを○で囲んで下さい。)

* 記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい。

* ※欄は記入しないこと。

(様式1)

※受験番号	
-------	--

受講申請書

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター
看護師特定行為研修センター長 様

ふりがな
申請者氏名
(自署) 印

私は、下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願いたします。

見本

記

募集区分	指定募集	一般募集
------	------	------

(募集区分のいずれかに○をして下さい。)

区分No.	特定行為区分名
1	呼吸器(気道確保に係るもの)関連
2	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連
3	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連

* ※欄は記入しないこと

※受験番号	
-------	--

履 歴 書

令和 年 月 日現在

<p>カラー写真貼付 (4.5cm×3.5cm)</p> <p>1. 上半身・正面6ヶ月以内に撮影したもの 2. 写真裏面に氏名を記入すること</p>

ふりがな	
氏名	性別(女・男) 昭和・平成 年 月 日生(満 歳)

ふりがな	
現住所	(〒 -)

電話番号	自宅: () 携帯: ()	いずれかを必ず記入のこと
------	--------------------	--------------

勤務先	ふりがな	
	名称	
	ふりがな	
	所在地	(〒 -) TEL ()
	職種	職位

免許	看護師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
	保健師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号
	助産師免許	昭和・平成 年 月 日 免許取得	号

学歴	高等学校	年 月～ 年 月(卒業・中退)
		年 月～ 年 月(卒業・中退)
		年 月～ 年 月(卒業・中退)
		年 月～ 年 月(卒業・中退)
		年 月～ 年 月(卒業・中退)

*高等学校以上について記載してください。

職歴		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月

*施設名に加え、診療科と期間を記載してください。

* (女・男)、(卒業・中退)、昭和・平成 の選択部分は、いずれかに○をつけること。
* ※欄は記入しないこと。

所属施設内の 委員会活動等	
これまでに取得した 医療・福祉関係の 免許資格	<p>(看護師・保健師・助産師以外)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: #f08080;">見 本</p>
所属学会	
宿舎希望の有無	有 ・ 無 (いずれかを○で囲んで下さい。)

* 記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい。

* ※欄は記入しないこと。

(様式3)

※受験番号	
-------	--

志 願 理 由 書

令和 年 月 日

氏名

臨床看護の経験を含めて具体的な受講理由、もう一点、臨床看護師としての自己課題を記入下さい。

見 本

- * 枠内に記載すること。パソコン入力する場合は、ホームページからダウンロードして下さい。
- * ※欄は記入しないこと。

(様式4)

※受験番号	
-------	--

推薦書

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター
看護師特定行為研修センター長 様

施設名

職位

推薦者氏名

印

貴院の看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名	看護実践能力、受講修了後の進路や期待される役割等を記入して下さい。
推薦理由	

- * 枠内に記載すること。パソコン入力する場合は、ホームページからダウンロードして下さい。
- * ※欄は記入しないこと。

切り取り線

独立行政法人国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター
看護師特定行為研修

令和2年度 受験票(指定・一般)
いずれかに○をつけて下さい

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日

1. 試験日時

令和2年4月20日(月)

受付 10:00 ~ 10:30
オリエンテーション 10:30 ~ 10:45
小論文 10:45 ~ 11:45
面接オリエンテーション 11:45 ~ 12:00
昼食 13:00 ~

2. 試験会場

独立行政法人国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター

注 ※欄には記入しないで下さい

切り取り線

独立行政法人国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター
看護師特定行為研修

令和2年度 受験写真票(指定・一般)
いずれかに○をつけて下さい

写真貼付欄
1. 上半身正面脱帽 2. 縦 4.5cm × 横 3.5cm 3. 6ヵ月以内撮影

切り離さないでください

見本

受験番号	※
ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 昭和 年 月 日