秋田大学大学院医学系研究科　看護師特定行為研修基本コース入学願

別紙様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　年　 　月　 　日

秋田大学大学院医学系研究科長　殿

志願者署名

貴研究科看護師特定行為研修基本コースに入学したいので，許可願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
|  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 現住所 | （〒　　　－　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　-　　　　-　　　　　） | | |
| 連絡先  （結果通知先） | （〒　　　－　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　-　　　　-　　　　　） | | |
| E-mailアドレス |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 最終学歴等 | 大　　学 | 大学　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　　　　学科（課程等）  　　　　　　　　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　卒業 ・ 卒業見込 | | |
| 大 学 院 | 大学院　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　　　　　　　　専攻  　　　　　　　　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　修了 ・ 修了見込 | | |
| 学位取得 | 学士・修士・博士（　　　　　　　　　　　）　　　（大学改革支援・学位授与機構）  Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　取得 ・ 取得見込 | | |
| そ の 他 |  | | |
| 医療関係免許 | 免許：看護師免許　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月 （№　　　　　　　　 　） | | | |
| 免許：　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月 （№　　　　　　　 　　） | | | |
| 職　歴 | 期　　間 | | 勤務先 ・ 職名 | 臨床経験 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 履修の目的 |  |

[注]

1．特定行為研修関連の科目を履修するためには看護師資格を有し，一定の臨床経験が必要となります。 「職歴」欄には臨床経験の有無（年月）を必ず記入してください。

2．E-mailアドレスは，緊急の連絡がある場合に使用しますので，必ず連絡が届くアドレスを記載してください。