|  |  |
| --- | --- |
| 様式１-１号 | 受験番号 |
| 令和7年度 看護師の特定行為研修受講申込書  令和 年 月 日  地方独立行政法人福岡市立病院機構  福岡市民病院  院　長　　堀内　孝彦　様  申込者　住　所  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　印  貴施設において、看護師の特定行為研修を受けたく、関係書類を添えて申し込みいたします。    記  １．特定行為区分名  ２．添付書類 ①　令和7年度 看護師の特定行為研修受講申込書（様式第1-1号）  ②　履歴書（様式1-2号）  ③　出願理由（様式1-3号）  ④　推薦書（様式1-4号）  ⑤　看護師免許、認定看護師認定証の写し  　　３.　所属施設臨地実習の可否　　　　可　　　・　　　不可 | |