

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