様式１-１号

受験番号

令和９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9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