

2026年度 特定行為研修 受講者選考試験について

1. 試験の概要

- 1) 試験日：1次試験：2025年11月14日（金）16：00 書類提出 期限厳守
2次試験：2025年12月13日（土）8：30 開始予定 面接試験

* 試験日時はコロナなど感染症による感染状況により、変更する場合がある。

2) 試験の手続きについて

募集要項を事前に確認すること。

3) 提出する書類

- (1) 看護師免許証の写し
- (2) 所属長の推薦状（所定の封筒に封入したもの。受講生は開封しないこと）

* 2) 3) 及び要項の一式にある様式に基づいて手書きで記載し、所定の封筒に入れて提出する。
正し、様式2に関してはパソコンでの入力も可能。HP上から印刷を個人で行うこと。

4) 試験の内容について

- (1) 1次試験は書類選考（募集要項にあるものすべてを提出すること）
- (2) 2次選考は面接
- (3) ポートフォリオの事前課題について（見本あり）書式は自由 参考書式を確認すること。

* ポートフォリオを提出A3サイズ用の紙に以下の内容を記載

記載方法：手書きのみ

- ① 自己紹介（自分の強み・PRを含む）を記載する。
- ② 自分のキャリアビジョンを自施設への入職から、現在、これからの視点で示す。
- ③ 今までに経験した、課題に対する取り組みと乗り越えてきた方法を示す。
- ④ 特定行為研修を受講しようとした理由
- ⑤ これから、自施設にどのように貢献していきたいかを示す。

5) 問い合わせ

特定行為研修委員会 事務責任者

特定行為研修運営部会

D's Academy 萬中 香（内線3894）

2. 注意事項

- 1) 提出されたポートフォリオがAIによる作成であると判断した場合は、試験の可否に関わらず資格を取り消すものとする。
- 2) 提出の期限について
 - ① 提出日は11月14日16時までとする。時間厳守
- 3) 提出に関する不備があった場合は、受験が認められない場合がある。
- 4) 一度提出した、書類については返却しない。個人情報の取り扱いについては規定に沿った取り扱いを行うものとする。
- 5) 提出した書類には、記載不実・不備がないよう注意する。

特定行為研修運営部会

[illegible]

社会医療法人宏潤会 特定行為研修運営部会 宛

※看護部 看護教育科 萬中（特定行為研修管理委員会 事務責任者）

提出期日：11月14日（金）16時まで 時間厳守

1. 同封する書類確認を協力願います。

この用紙を必要書類の提出に際し、確認し封筒の前面に貼って提出ください。

※グレーの部分には記載はしないでください。

番号	項目	内容	本人提出時 チェック	運営部会 受け取り確認
1	試験に関する案内	①院内の内規を確認した。 ②試験に関する案内を確認した	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	受講願書 様式 1	①共通科目の項目のどちらかに印をつけた ②区分別科目・領域別科目のどちらかに印をつけた	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	履歴書 様式 2－1 様式 2－2	①写真は 6 か月以内のもので胸から上の撮影のものを添付した。	<input type="checkbox"/>	
4	推薦書 様式 3	①推薦書は所定の封筒に入れ、封されている状態であることを確認して同封した。	<input type="checkbox"/>	
5	様式 4	①自作した場合、右上に様式 4 と記載している。 ②所属・氏名の記載がある。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6	免許証の同封	①看護師免許証の写しを同封した。	<input type="checkbox"/>	
7	提出内容を確認してサイン： 自署 _____		<input type="checkbox"/>	

1) 上記の内容を提出したのちに修正・再提出は認められません。ご了承ください。

*提出の必要のある書類内容を確認し、提出のご協力をお願いいたします。

特定行為研修運営部会

確認者 印

※受験番号：

受 講 願 書

（社会医療法人宏潤会 大同病院 看護師特定行為研修）

社会医療法人宏潤会 大同病院 理事長

西暦 年 月 日

宇野 雄祐様

（申込者）

施設名：

氏名（自署） _____ 印

私は、大同病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

共通科目の履修コース： ☐ 半年コース ☐ 1 年半コース ※どちらかにチェックをつける

区分別科目：1 科目のみ取得 ※ 1 科目のみチェックをつける

- ☐ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
- ☐ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
- ☐ 「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」
- ☐ 「胸腔ドレーン管理関連」
- ☐ 「腹腔ドレーン管理関連」
- ☐ 「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」
- ☐ 「栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連」
- ☐ 「創部ドレーン管理関連」
- ☐ 「動脈血液ガス分析関連」
- ☐ 「透析管理関連」
- ☐ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「感染に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
- ☐ 「術後疼痛管理関連」

領域別パッケージ：1 パッケージ取得 ※ 1 科目のみチェックをつける

- ☐ 「在宅・慢性期領域」
- ☐ 「外科術後病棟管理領域」
- ☐ 「救急領域」
- ☐ 「集中治療領域」

※受験番号：

受 講 願 書

(社会医療法人宏潤会 大同病院 看護師特定行為研修)

社会医療法人宏潤会 大同病院 理事長
宇野 雄祐様

西暦 年 月 日

(申込者)

職員番号： 部署：

氏名（自署） _____ 印

私は、大同病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

共通科目の履修コース： ☐ 半年コース ☐ 1 年半コース ※どちらかにチェックをつける**区分別科目：1 科目のみ取得** ※ 1 科目のみチェックをつける

- ☐ 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」
- ☐ 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」
- ☐ 「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」
- ☐ 「胸腔ドレーン管理関連」
- ☐ 「腹腔ドレーン管理関連」
- ☐ 「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」
- ☐ 「栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連」
- ☐ 「創部ドレーン管理関連」
- ☐ 「動脈血液ガス分析関連」
- ☐ 「透析管理関連」
- ☐ 「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「感染に係る薬剤投与関連」
- ☐ 「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
- ☐ 「術後疼痛管理関連」

領域別パッケージ：1 パッケージ取得 ※ 1 科目のみチェックをつける

- ☐ 「在宅・慢性期領域」
- ☐ 「外科術後病棟管理領域」
- ☐ 「救急領域」
- ☐ 「集中治療領域」

※受験番号 |

履 歴 書

フリガナ			写真貼付欄 (縦 4 cm×横 3 cm) 1. 最近 6 ヶ月以内 撮影したもの 2. 本人単身・胸から上 3. 裏面に氏名記入
氏名・性別		(男 ・ 女)	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
自宅住所		〒 (—)	
電話番号 (自宅)		()	
メールアドレス		@	
緊急連絡先 (携帯)		()	
通学時間等		当院までの通学時間 () 分 主な通学手段： バス ・ 電車 ・ タクシー ・ 自家用車 その他 ()	
所 属 先	フリガナ		
	施設名称		
	所在地	〒 (—)	
		TEL : () FAX : ()	
	施設長名		
	出願者の 職種		
	出願者の 職位		
免 許 等	(看護師)	昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得	号
	(保健所)	昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得	号
	(助産師)	昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得	号
	(認定看護師資格)	昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得	号
	(専門看護師資格)	昭和・平成・令和 年 月 日 免許取得	号

受験者氏名：_____

学 歴	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
	昭和・平成 年 月	
※高等学校以上について記載してください。		

記入日：令和 年 月 日

職 歴	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月～ 年 月	
※施設名、診療科を記載してください。		
資格・学位		
研修受講歴		
学会及び社会に おける活動（所属学会）		

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為以外には利用致しません。

※受験番号 |

推 薦 書

西暦 年 月 日

社会医療法人宏潤会 大同病院 理事長
宇野 雄祐様

所属名：

職位：

推薦者（自署） _____ 印

大同病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

被推薦者氏名： _____ 看護師歴年数： _____ 年

【推薦理由】 * 現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。

自己紹介（強味・PRを含む）

現在の所属で看護師として貢献してきたこと



特定行為終了後どのように貢献しようと考えているか。

特定行為研修を受講しようとした理由

これまでに乗り越える必要のあった課題と乗り越えた方法



評価者 判定				

提出内容事前確認　済み・未（確認者　印）