

協会 記入欄 (特定)	受験番号	受付日

特定行為研修 受講資格審査出願書

日本精神科看護協会 会長 殿

私は、特定行為研修を受講するために受講資格審査に出願をいたします。

写真をはる位置

6 か月以内に
撮影したカラー写真

1. 縦 40mm 横 30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

年 月 日現在

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 () 歳
出願者氏名			入会状況	会員番号 () 非会員
免許取得 年 月 日 登録番号	取得年月日 看護師 年 月 日		登録番号	
最終学歴	一般学歴:		年 月卒業	
	専門学歴:		年 月修了	
職歴 ※5年以上の 看護実務経験 が確認できるよ うに記載	勤務期間		施設名	
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
既修得科目 の履修免除 申請関連	該当する項目のいずれかを✓してください。※募集要項 P.3「7.5)出願資格」参照のこと <input type="checkbox"/> ①令和7年度精神科認定看護師教育課程修了見込み <input type="checkbox"/> ②特定行為研修修了者 <input type="checkbox"/> ③その他、厚生労働省が規定する研修内容に対応した配信を行う教育コンテンツ配信サービス (募集要項の別紙1)および厚労省が規定する研修方法(別紙2)により共通科目を履修済み			
所属施設名				
所属施設 住所	〒		連絡先(施設・自宅・携帯) TEL ()	
結果通知先 住所	(施設 ・ 自宅) 〒			
メールアドレス	e-mail: @			

※すべて西暦で記載すること