|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 別紙様式２（第５関係） | | |
| 看護師特定行為研修等派遣計画書 | | |
| 派遣者の所属施設 |  | |
| 施設の現状と課題 （施設全体として派遣予定者の研修領域を中心に記載すること） | 貴施設内の特定行為  研修修了者数 | 人 |
| 上記修了者の特定行為  区分番号※2 |  |
|  | |
| 研修派遣の目的及び必要性 |  | |
| 研修派遣内容 | (１)派遣者氏名 |  |
| (２)指定研修機関※1  又はB課程教育機関 |  |
| (３) 受講（組込まれている）特定行為区分番号※2 |  |
| (４) 研修(教育)予定期間（修了予定年月日） |  |
| (５)受講費用（受講料等）予定額  ※計画書作成時点 | 〇〇料：　　　　　　　円  〇〇料：　　　　　　　円 |
| 研修(教育)派遣に際しての考え方 | (１)研修(教育)先の選択方針 |  |
| (２)事業実施期間の設定理由 |  |
| (３)研修(教育)内容（特定行為区分）の選択理由 |  |
| (４)その他 |  |
| 研修(教育)派遣後の目標（期待される効果） ※愛媛県の医療の発展に貢献できる目標・効果についても記載すること。 |  | |
| 研修(教育)派遣後の計画 ※派遣予定者の活用を中心に記載すること。  ※認定看護師教育課程（B課程）については、特定行為に関することも記載すること。 | （具体的に記載すること） | |
| 備考 |  | |

※1 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第６号に規定する指定研修機関名を記入すること。

※2 受講する保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第３号に規定する特定行為区分の番号を全て記入すること。

※3 必要に応じてページ等を追加し、具体的に記載すること。

別紙様式３（第５関係）

第　　　号

年　　月　　日

公益社団法人　愛媛県看護協会

　会長　久　保　　　幸　様

申請者　所在地

　　　　名　称

　　　　代表者　　　　　　　　　　　㊞

看護師特定行為研修等派遣事業の申請について

令和７年度愛媛県看護師特定行為研修推進事業実施要領第５（1）の規定により、下記のとおり関係資料を添えて看護師特定行為研修等派遣事業の実施について申請します。

記

　　　　（１）看護師特定行為研修等派遣計画書（別紙様式２）

　　　　（２）派遣対象者の履歴書

（３）派遣対象者の推薦書

　　　　（４）その他参考書類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参考別紙  派遣対象者履歴書  令和７年4月1日現在 | | | | | | |
| ふ り が な | |  | | 性　別 | 男　　・　　女 | |
| 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | 年　齢 |  | 歳 |
| 勤務先 | 名称 |  | | 電話番号 |  | |
| 所在地 | 〒 | | FAX番号 |  | |
| 学歴・職歴 | | 年　月 | 最終学歴・職歴 | | | |
|  |  | | | |
|
| 研修歴・  研究歴等 | |  |  | | | |
|

参考別紙

推　　薦　　書

公益社団法人　愛媛県看護協会

　会長　久　保　　　幸　様

施　設　名

施設住所

施　設　長　　　　　　　　　　印

下記の者を、受講者として適当であると認め推薦いたします。また、研修受講後の実践活動に対して施設内での協力体制を確保いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 受講者氏名 |  |
| 推薦理由 |  |