

(様式1)

受講申込書

西暦 年 月 日

社会福祉法人 陽光福社会 理事長 様

私は、社会福祉法人 陽光福社会 仙台エコー医療療育センターが2026年度に実施する特定行為研修の受講を希望するので、ここに関係書類を添えて受講を申し込みます。

記

フリガナ		
氏 名	(自署)	
住 所		
受講希望科目 ※希望する履修科目の該当番号を 下記から選択し、右欄に記入		
① 共通科目 + 区分別科目・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ② 共通科目 + 区分別科目・ろう孔管理関連 ③ 共通科目 + 領域別パッケージ研修「在宅・慢性期領域」※①②と重複不可		
受講動機		

(様式 2)

履歷書

西曆 年 月 日現在

[illegible]

(様式3)

受講推薦書

社会福祉法人 陽光福祉会 理事長 様

受講希望者氏名

上記の者を、社会福祉法人 陽光福祉会 仙台エコー医療療育センターが実施する看護師特定行為研修の受講生として推薦いたします。

また、上記の者の受講が決定した場合には、本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

西暦 年 月 日

施 設 名

代表者職位

代表者氏名

印

(代表者は病院長などの施設管理者)

(様式 4)

科目履修免除申請書

社会福祉法人 陽光福祉会 理事長 様

私は、下記の特定行為研修の科目の受講を修了しているため、社会福祉法人 陽光福祉会 仙台エコー医療療育センターの実施する 2026 年度看護師特定行為研修の受講申し込みにあたり、該当する科目の履修免除を希望します。

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 _____ (自署)

記

過去に修了した特定行為研修の概要	
修了した特定行為研修の科目名	
修了年月日	
修了した指定研修機関の名称	
修了番号	

※上記に記入するとともに、該当する科目の修了を証明する書類の写しを添付してください

以上