|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受講願書**

　西暦20　　年　　月　　日

社会福祉法人　聖隷福祉事業団

総合病院　聖隷三方原病院

病院長　山本貴道　殿

ふりがな

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

所属施設名

所属長職名

所属長氏名　　　　　　　　　　　　　印

私は、貴施設における下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願致します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択する区分に○印 |  | 特定行為区分名 |
|  | ① | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
|  | ② | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | ③ | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | ④ | ろう孔管理関連 |
|  | ⑤ | 創傷管理関連 |
|  | ⑥ | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | ⑦ | 栄養及び水分管理に係わる薬剤投与関連 |
|  | ⑧ | 感染に係る薬剤投与関連 |
|  | ⑨ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
|  | ⑩ | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | ⑪ | 外科術後病棟管理領域パッケージ |
|  | ⑫ | 術中麻酔管理領域パッケージ |

* 受講を希望する特定行為区分に○印を付すこと（2区分以上を受講希望の場合、該当区分すべてに○印を付すこと）
* ※欄は記入しないこと