|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

希望する特定行為区分の欄に○をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 呼吸器（気道確保に係るもの） |  | 栄養及び水分管理に係わる薬剤投与 |
|  | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの） |  | 感染に係る薬剤投与関連 |
|  | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの） |  | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
|  | ろう孔管理 |  | 精神及び神経症状に係る薬剤投与 |
|  | 創傷管理 |  | 外科術後病棟管理領域ﾊﾟｯｹｰｼﾞ |
|  | 動脈血液ガス分析 |  | 術中麻酔管理領域ﾊﾟｯｹｰｼﾞ |

**推薦書**

西暦　　　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　荻野和功　殿

施設名

職　位

推薦者　　　　　　　　　　　　　印

貴施設の看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　名

**推薦理由**

* ※欄は記入しないこと