|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

申請者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |

**受講申請時チェックリスト**

書類送付前に各書類に不備が無いことを確認し、チェックボックスにレ点を入れ、このリストを同封のうえ、書類を提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | 受講願書（様式1） | ふりがな・押印はあるか  選択区分に誤りはないか |
| □ | 履歴書（様式2） | 記入漏れ・選択区分に誤りはないか  写真貼付はされているか |
| □ | 受講志願理由書（様式3） | 選択区分に誤りはないか |
| □ | 推薦書（様式4） | 押印はあるか  選択区分に誤りはないか |
| □ | 緊急連絡先（様式５） | アドレス・番号は正しく書かれているか  （メール受信設定をご確認ください） |
| □ | 本紙（様式6） | 全てチェックはあるか  署名はあるか |
| □ | 看護師免許の写し | Ａ4サイズで印刷（聖隷三方原病院の特定行為研修修了者は不要） |
| □ | 特定行為研修修了証の写し | Ａ4サイズで印刷  (特定行為研修修了者の方のみ） |
| □ | 認定看護師認定証の写し | Ａ4サイズで印刷（認定看護師の方のみ※聖隷三方原病院の特定行為研修修了者は不要） |
| □ | 選考料振込控えの写し | 本紙（様式6）の裏面に貼付 |

* ※欄は記入しないこと