（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　申　請　書**

　西暦 　　　年　　月　　日

社会医療法人近森会

理事長　殿

(自署)　　　　　　　　　　　　 印

私は、貴院の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

出願いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コース№ | 受講コース | |
| Ⅰ. | 栄養コース | |
| Ⅱ. | 創傷コース | |
| Ⅲ. | 外科系基本コース | |
| Ⅳ. | 麻酔コース | |
| Ⅴ. | 集中治療コース | |
| Ⅵ. | 救急コース | |
| Ⅶ． | 選択コース  選択する特定行為名にも〇をしてください。 | 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連（PICC） |
| 胸腔ドレーン管理関連 |
| 腹腔ドレーン管理関連 |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |

以　上

＊ 受講を希望するコース選択No.に○印を付すこと

＊ Ⅶ. 選択コースの申請要件は「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」受講修了者又は、

「栄養コース」と同時受講する者

＊ ※欄は記入しないこと