（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。 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| 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 |
| 動脈血液ガス分析関連 |

以　上

＊ 受講を希望するコース選択No.に○印を付すこと

＊ Ⅶ. 選択コースの申請については、区分別科目「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の修了者、パッケージ研修修了者(但し、集中治療領域は除く)※1又は栄養コースを同時受講する者を要件とする。

※1 「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に

関する省令の施行等について」に示される、「在宅・慢性期領域」「外科術後病棟管理領域」「術中麻酔管理領域」「救急領域」「外科系基本領域」を指す。

＊ ※欄は記入しないこと