（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

（中部徳洲会病院看護師特定行為研修）

　　　　　年　　　月　　　日

医療法人徳洲会

中部徳洲会病院長

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

私は、下記の医療法人徳洲会中部徳洲会病院特定行為研修の受講を希望しており、

関係書類を添えて出願いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 特　定　行　為　区　分 | 受講希望に○を記入 |
| １ | 創傷管理関連（中部徳洲会病院職員のみ） |  |
| ２ | 動脈血液ガス分析管理関連 |  |
| ３ | 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 |  |
| ４ | 術中麻酔管理領域パッケージ（中部徳洲会病院職員のみ） |  |

※共通科目は必修となっているため必ず履修となります。

※既に履修している科目がある方は履修免除申請書（様式６）を提出すること。

以上