（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

（医療法人永井病院看護師特定行為研修）

令和　　年　　月　　日

医療法人永井病院

病院長　星野康三様

（申込者）

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

私は、医療法人永井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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | コース名 | 特定行為区分 |
| **□** | 外科基本コース | 「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」  「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」  「動脈血液ガス分析関連」  「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」  「循環動態に係る薬剤投与関連」 |
| **□** | 在宅・慢性期領域パッケージ | 「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」  「ろう孔管理関連」  「創傷管理関連」  「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」 |
| **□** | 術中麻酔管理領域パッケージ | 「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」  「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連）  「動脈血液ガス分析関連」  「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」  「術後疼痛管理関連」  「循環動態に係る薬剤投与関連」 |
| * 選択科目（上記コースに加えて区分を追加する場合は選択してください） | | |
| □ | | 「腹腔ドレーン管理関連」 |
| □ | | 「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」 |