

(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
<input type="checkbox"/>	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」
<input type="checkbox"/>	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」
<input type="checkbox"/>	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」
<input type="checkbox"/>	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)	
<input type="checkbox"/>		「腹腔ドレーン管理関連」
<input type="checkbox"/>		「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」