

(様式1)

看護師特定行為研修受講申込書

西暦 年 月 日

ふりがな

申込者氏名 _____

1. 受講希望コースを選んでください。(○を記入)

	① 基本コース
	② 領域別パッケージコース (在宅・慢性期領域)
	③ 区分選択コース

2. 受講したい区分の優先順位を記入してください。(数字を記入)

受講希望の順位	特定行為区分名
	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
	呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連
	心嚢ドレーン管理関連
	ろう孔管理関連
	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
	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
	創傷管理関連
	創部ドレーン管理関連
	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
	感染に係る薬剤投与関連
	血糖コントロール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
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

注) 開講最低人数 (5名) に応募が満たない区分は、開講しないことがあります。

共通科目を修了している方は、特定行為研修修了証 (見込み証) の写しを出願書類と一緒に提出してください。

