様式1

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | 記載不要 |

受　講　願　書

　兵庫医科大学

　臨床教育統括センター長　殿

私は、以下の兵庫医科大学臨床教育統括センター看護師特定行為研修課程を

受講したいので、ここに関係書類を添えて申請いたします。

受講を希望する区分**（最大10区分まで）**もしくは領域別パッケージに☑をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為区分名 | 領域別パッケージ名 |
| □　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  □　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  □　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 | □　在宅・慢性期領域  □　術中麻酔管理領域  □　救急領域  □　外科系基本領域  □　集中治療領域※ |

西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　(自署)

　　　　　 　　 ㊞