様式1

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | 記載不要 |

受　講　願　書

西暦　　　　年　　月　　日

　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[x] をしてください。

|  |
| --- |
| 領域別パッケージ |
| [ ] 　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 |
| 特定行為区分 |
| [ ] 　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[ ] 　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 |

 　　　　　　　　　　　　　　 申請者氏名：