

特定行為研修受講申請書

加賀市医療センター病院長 殿

ふりがな

出願者氏名 _____ 印

所 属 長

所属施設名

職名

氏名 _____

（自署または記名押印）

私は、下記の加賀市医療センター看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願いたします。

記

受講を希望する特定行為研修科目（受講を希望する区分に○を記入）

区分別科目名（複数選択可）	受講希望（○を記入）
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	
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	