別紙様式1（第10条関係）

※受験番号

年　　月　　日

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〇を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分別科目名（複数選択可） | 受講希望（〇を記入） |
| 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 |  |