（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　願　書**

2023年　　　月　　　日

富山県立中央病院

　病院長　臼田　和生　殿

ふ　り　が　な

申込者氏名（自署）

　　私は、下記の富山県立中央病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を

　添えて出願します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為区分名（区分別科目） | |
|  | 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 |
|  | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 腹腔ドレーン管理関連 |
|  | 創部ドレーン管理関連 |
|  | 動脈血液ガス分析関連 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 特定行為区分名（領域別パッケージ研修　救急領域） |

　※受講希望区分にチェックを入れてください。