（様式　1）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

受　講　申　請　書

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修センター長　様

私は、下記の特定行為研修を受講したく、ここに関係書類を添えて申請します。

記

※ ①は、必須研修となりますので、○をつけてください。ただし、履修免除の申請をする場合は、○は不要です。
※ 領域別パッケージ研修を希望する者は、②、③、④、⑤のいずれか一つに○をつけてください。
※ 区分別研修を希望する者は、⑥～⑰の中より選択し○をつけてください。

選択番号	共通科目および領域パッケージ研修	研修時間数	選択
①	共通科目	250	
②	領域別パッケージ研修「集中治療領域」	76	
③	領域別パッケージ研修「救急領域」	82	
④	領域別パッケージ研修「外科系基本領域」	95	
⑤	領域別パッケージ研修「術中麻酔管理領域」	70	
⑥	区分別科目研修「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」	9	
⑦	区分別科目研修「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」	29	
⑧	区分別科目研修「循環器関連」	20	
⑨	区分別科目研修「栄養に係るカテーテル関連（中心静脈カテーテル管理）関連」	7	
⑩	区分別科目研修「創傷管理関連」	34	
⑪	区分別科目研修「創部ドレーン管理関連」	5	
⑫	区分別科目研修「動脈血液ガス分析関連」	13	
⑬	区分別科目研修「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」	16	
⑭	区分別科目研修「感染に係る薬剤投与関連」	29	
⑮	区分別科目研修「術後疼痛管理関連」	8	
⑯	区分別科目研修「循環動態に係る薬剤投与関連」	28	
⑰	区分別科目研修「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」	32	

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

西暦　　年　　月　　日

氏名（自署）　　印

現住所　〒

TEL

認定・専門看護師資格　なし・　あり（分野名＿＿＿＿＿＿＿＿）