（様式１）

※受験番号

受 講 申 込 書

令和　　年　　月　　日

島根県立中央病院

病院長　小阪真二様

　　ふりがな

申込者氏名（自署）

　私は、下記の島根県立中央病院における看護師の特定行為研修を受講したく、

関係書類を添えて出願します。

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 区分別科目 |
|  | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 栄養及び水分管理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 |
|  | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | 外科系コース　※院内職員のみ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連・動脈血液ガス分析関連・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・創部ドレーン管理関連・感染に係る薬剤投与関連・術後疼痛管理関連 |

※は記入しないでください。