（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 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | 腹腔ドレーン管理関連 |
|  | 術中麻酔管理領域（パッケージ研修） |

※は記入しないでください。