|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

入　学　願　書

　　年　　　月　　　日

社会医療法人　友愛会

友愛医療センター院長　殿

申請者所属施設名

申請者氏名

　私は、下記の友愛医療センター看護師特定行為研修入学を希望いたしますので、関係書類を添えて出願いたします。

志願するコースまたは領域に○を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為研修名等 | 希望区分及び領域 |
| 区分別＊基礎コース3区分まで選択可能（そのうち、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連は必須）＊履修免除コース2区分まで選択可能 | 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 |  |
| 胸腔ドレーン管理関連 |  |
| 腹腔ドレーン管理関連 |  |
| 創傷管理関連 |  |
| 創部ドレーン管理関連 |  |
| 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 |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |
| 領域 | 術中麻酔管理領域 |  |

履修免除を希望される方は○を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 履修免除を希望します |  |

＊　※印の欄は記入しないでください