

※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
<b>区分別</b> * 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	
<b>領域</b>	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