

|       |  |
|-------|--|
| ※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 |
|---|-----------------------------|----------|
| <p style="text-align: center;">区分別</p> <p>* 基礎コース3区分まで<br/>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)</p> <p>* 履修免除コース2区分まで<br/>選択可能</p> | 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                  |          |
|   | 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