|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| 申請者氏名 |  |

（様式１）

受 講 申 請 書

令和　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人奈良県立病院機構理事長　殿

ふりがな

申請者氏名

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、下記の看護師の特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて申請します。

記

受講を希望するコース・追加区分に○を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １ | 全特定行為コース（21区分38行為） |  | ４ | 麻酔コース（７区分19行為） |
|  | ２ | 救急コース（6区分16行為） |  | ５ | 在宅コース（５区分８行為） |
|  | ３ | 外科コース（15区分30行為） |  |  |  |

【コース（必須）】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １ | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  | 12 | 創部ドレーン管理関連 |
|  | ２ | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  | 13 | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | ３ | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  | 14 | 透析管理関連 |
|  | ４ | 循環器関連 |  | 15 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | ５ | 心嚢ドレーン管理関連 |  | 16 | 感染に係る薬剤投与関連 |
|  | ６ | 胸腔ドレーン管理関連 |  | 17 | 血糖コントロールにかかる薬剤投与関連 |
|  | ７ | 腹腔ドレーン管理関連 |  | 18 | 術後疼痛管理関連 |
|  | ８ | ろう孔管理関連 |  | 19 | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
|  | ９ | 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 |  | 20 | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
|  | 10 | 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 |  | 21 | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |
|  | 11 | 創傷管理関連 |  |  |  |

【区分別科目（希望する場合のみ）】

※欄は記入しないこと