　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

**受講申請書**

年　　　月　　　日

旭川医科大学病院長　殿

申請者氏名（自署）

所属施設名

職名

私は、下記の旭川医科大学病院看護師特定行為研修に志願したく、関係書類を添えて申請いたします。

記

研修名　旭川医科大学病院　看護師特定行為研修

* 外科術後病棟管理領域パッケージコース
* 術中麻酔管理領域パッケージコース

□　区分別選択コース

　　□　呼吸器（気道確保に係るもの）関連

　　□　呼吸器（長期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

　　□　栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈カテーテル

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

※　受講希望のコースを選択する。

※　区分別選択コースの場合は、区分を選択する。