

※受験番号

受講願書

(国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

病院長 殿

(申込者)

住所

フリガナ(自署)

氏名(自署) _____ 印

私は、下記の横須賀共済病院特定行為研修の受講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。

記

- ☐ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
- ☐ 呼吸器（人口呼吸療法に係るもの）関連
- ☐ 循環器関連
- ☐ 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注射用カテーテル管理）関連
- ☐ 創傷管理関連
- ☐ 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
- ☐ 循環動態に係る薬剤投与関連
- ☐ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

※受講希望の研修に ☒ を記入してください