様式1-2

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　申　請　書**

（西暦）　　　　年　　月　　日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部茨城県済生会水戸済生会総合病院

病院長　生澤　義輔　殿

(自署)　　　　　　　　　　　　 印

私は、貴院の下記の看護師特定行為研修を受講したいため、必要書類を添えて出願いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 領域別パッケージ | 1 | 在宅慢性期 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| ろう孔管理関連 |
| 創傷管理関連 |
| 2 | 外科術後病棟管理 | 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 |
| 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注射用カテーテル管理）関連 |
| 創部ドレーン管理関連 |
| 動脈血液ガス分析関連 |
| 術後疼痛管理関連 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| 3 | 術中麻酔管理領域 | 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 |
| 動脈血液ガス分析関連 |
| 術後疼痛管理関連 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| 4 | 救急領域 | 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 |
| 動脈血液ガス分析関連 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
| 5 | 外科系基本領域 | 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 |
| 感染に係る薬剤投与関連 |
| 術後疼痛管理関連 |
| 6 | 集中治療領域 | 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 |
| 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 |
| 動脈血液ガス分析関連 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |

＊受講を希望する区分No.に○印を付すこと。

＊※欄は記入しないこと。

＊「共通科目」及び「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の修了が必要となり、理解を確認するために能力確認試験を行います。

＊厚生労働省の定める免除が可能な区分ついての受講の希望は面接で確認させていただきます。

以　上