様式1

|  |  |
| --- | --- |
| ※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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共通科目 | 0 | 共通科目 |
| 区分別科目 | 1 | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
| 2 | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
| 3 | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
| 4 | 循環器関連 |
| 5 | 心嚢ドレーン管理関連 |
| 6 | 胸腔ドレーン管理関連 |
| 7 | 腹腔ドレーン管理関連 |
| 8 | ろう孔管理関連 |
| 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 |
| 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 |
| 11 | 創傷管理関連 |
| 12 | 創部ドレーン管理関連 |
| 13 | 動脈血液ガス分析関連 |
| 14 | 透析管理関連 |
| 15 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| 16 | 感染に係る薬剤投与関連 |
| 17 | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| 18 | 術後疼痛管理関連 |
| 19 | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| 20 | 精神および神経症状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。

＊15、17の区分以外に関しては「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認証試験を行います。

＊パッケージ研修につきましては、区分15修了時に再度、研修追加希望を確認致します。

以　上