

※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

ふ り が な  
申請者氏名(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  
お願いいたします。

## 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	ろう孔管理関連
	6	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
	7	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
	8	創傷管理関連
	9	創部ドレーン管理関連
	10	動脈血液ガス分析関連
	11	透析管理関連
	12	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	13	血糖コントロールに係る薬剤投与関連
	14	術後疼痛管理関連
	15	循環動態に係る薬剤投与関連
	16	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。

\* 12、13 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筆記試験を行います。

以 上