2024年度看護師特定行為研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

　指定研修機関

　長野県立信州医療センター院長　様

所　属

氏　名　　　　　　　　　　　　（自署）㊞

　私は、長野県立信州医療センターで実施する看護師の特定行為研修を受講したいので、推薦書を添えて申し込みます。

* 希望のコースの（　　）に○印を記入する。

（　　）（１）コース１：領域別パッケージ研修（在宅・慢性期領域）

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為区分（４区分） | 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 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

（　　）（２）コース２：　血糖コントロールに係る薬剤投与関連

　　　　　　　　　　　 　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連