

2025 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) ⑥

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