2022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。

１　特定行為研修区分　　　　＊希望のコースの番号に○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

（　　）（３）コース３：栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

（2021年度「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」受講生のみ）