

受講願 書

(西暦) 年 月 日

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院 病院長 殿

所属施設名
ふりがな
申込者氏名 (自署)

私は、下記の地方独立行政法人神奈川県立機構 神奈川県立足柄上病院看護師特定行為
研修を受講したく、関係書類を添えて提出します。

コース	科目	受講希望に ○を記入
特定行為研修	共通科目（前期・後期）＋ 区分別科目 希望する区分は下記区分欄に○を記入してください	
	共通科目（後期のみ）＋ 区分別科目 希望する区分は下記区分欄に○を記入してください	
区分別科目履修 (複数選択可能)	創部ドレーン管理関連	
	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	
	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	
	動脈血液ガス分析関連	
共通科目 3 科目履修	ホームページよりお申し込みください。	