

様式 1

受 講 願 書

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

ふりがな
申込者氏名（自署）

所 属 長

所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記の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看護師
特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて出願します。

領域名	受講希望の特定行為区分を選択
A コース 創傷管理領域	<input type="checkbox"/> 創部ドレーン管理関連
	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	<input type="checkbox"/> 科目履修：創部ドレーン管理関連
B コース 血糖管理領域	<input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
	<input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	<input type="checkbox"/> 科目履修：血糖コントロールに係る薬剤投与関連