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

　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 | □ | 創部ドレーン管理関連 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|
| □ | 科目履修：創部ドレーン管理関連 |
| Bコース  血糖管理領域 | □ | 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 |
|
| □ | 科目履修：血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |