様式１

**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

（自署）

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

|  |
| --- |
| 受講希望の特定行為区分を選択し（　）に〇印でチェックしてください |
| （　　） | 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Aコース 創傷管理領域  | 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 |

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