

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

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

受講希望の特定行為区分を選択し () に○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

