

(様式1)

※受験番号

受講願書

年 月 日

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

病院長 鎌田 徹 殿

ふりがな
申込者氏名 (自署)

私は、下記の恵寿総合病院看護師特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

記

特定行為区分名	
<input type="checkbox"/>	呼吸器（気道確保に係るもの）関連 *法人職員のみ
<input type="checkbox"/>	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 *法人職員のみ
<input type="checkbox"/>	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	創傷管理関連
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連
<input type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	血糖コントロールに係る薬剤投与関連

※受講希望区分にチェックを入れてください。

本部	病院長	受付
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>