（様式 1）

受付番号：

受 講 申 請 書

岩手医科大学附属病院　高度看護研修センター長　殿

　　私は、岩手医科大学附属病院 高度看護研修センター 特定行為教育課程　選択コース を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

|  |
| --- |
| 科目名(マル印を記入) |
| 共通科目(※) | ○ | 臨床病態生理学 |
| 臨床推論 |
| フィジカルアセスメント |
| 臨床薬理学 |
| 疾病・臨床病態概論 |
| 医療安全学 / 特定行為実践 |
| 区分別科目 | ○ | 【必修】栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
|  | 【選択】呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
|  | 【選択】呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 【選択】呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |
|  | 【選択】ろう孔管理関連 |
|  | 【選択】創傷管理関連 |
|  | 【選択】創部ドレーン管理関連 |
|  | 【選択】動脈血液ガス分析関連（申請中） |

　　　　　※ただし、特定の課程を修了している者については、共通科目を免除することがある

　　　　　　　　　　　　 西暦　　　　　年　　　月　　　日

（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

西暦　　　　　年　　　月　　　日　生

　〒

TEL