（様式 3）

受付番号：

受 講 申 請 許 可 書

（受講同意書）

氏名　　　　　　 　　　　　印

上記の者が、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 選択コースの受講申請することを許可します。

また、上記の者が特定行為教育課程 下記の選択コースに受講決定した場合には、本　　　　　　　　　　　　　　　　に在職しつつ、修学することを認めます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

証明者施設名

証明者職名

証明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印