

(様式 3)

受付番号：※記入不要

## 受講申請許可書

(受講同意書)

氏名 岩手 花子 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 〇〇〇病院 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

「(様式 1) 受講申請書」に記入した  
区分別科目と一致するようにご記入  
下さい。

西暦 20×× 年 ○ 月 ○ 日

証明者施設名 〇〇〇病院

証明者職名 病院長

証明者氏名 盛岡 太郎

印