

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(※)	<input type="radio"/> 臨床病態生理学
	<input type="radio"/> 臨床推論
	<input type="radio"/> フィジカルアセスメント
	<input type="radio"/> 臨床薬理学
	<input type="radio"/> 疾病・臨床病態概論
	<input type="radio"/> 医療安全学 / 特定行為実践
区分別科目	<input type="radio"/> 【必修】 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	<input type="radio"/> 【選択】 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
	<input type="radio"/> 【選択】 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
	<input type="radio"/> 【選択】 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
	<input type="radio"/> 【選択】 腹腔ドレーン管理関連
	<input type="radio"/> 【選択】 ろう孔管理関連
	<input type="radio"/> 【選択】 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
	<input type="radio"/> 【選択】 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
	<input type="radio"/> 【選択】 創傷管理関連
	<input type="radio"/> 【選択】 創部ドレーン管理関連
<input type="radio"/> 【選択】 動脈血液ガス分析関連	

※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

• 選択を希望する区分別科目に○印
をご記入下さい。

西暦 年 月 日

• 手書きで氏名をご記入下さい。
• 忘れずに押印して下さい。

ふりがな
氏名 (自署) 印

西暦 年 月 日 生

• 現住所は、都道府県からご記入下
さい。

ふりがな
現住所 〒

TEL