

(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	<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 checked="" 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 checked="" 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	

「(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 〇〇〇〇病院

証明者職名 病院長

証明者氏名 盛岡 太郎

印