（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

受 講 申 請 書

　２０２４年　　　月　　　日

特定行為研修指定研修機関

国立病院機構 熊本医療センター

院　長　　髙 橋　毅　殿

ふりがな

申請者氏名

（自署）

私は、下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願いたします。

記

受講を希望する１つに〇をつけてください。同時に複数選択は出来ません。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望区分 | 特定行為区分名 |
| A | 救急領域パッケージ |
| B | 創傷管理関連 |
| C | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| D | 創傷管理関連　+栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |

※欄は記入しないこと