（様式１）

記入日：　令和 年 月 日

2023年度　看護師特定行為研修受講願書

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長　佐藤　浩一　殿

私は、下記の順天堂大学医学部附属静岡病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて出願いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 職員番号（院内のみ） | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名（自署） | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 役職 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 希望する項目に〇印をつける | 共通科目 | 　　　 | 　共通科目 |
| 区分別科目 | 　　　 | 　呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
| 　　　 | 　呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |
| 　　　 | 創傷管理関連 |
| 　　　 | 　動脈血液ガス分析関連 |
| 　　　 | 　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| 　　　 | 　創部ドレーン管理関連 |
| 　　　 | 　血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| 領域別パッケージ | 　　　 | 　術中麻酔管理領域パッケージ　　　　　　　　【区分別科目と併用選択不可】 |
| 　　　 | 　救急領域パッケージ　　　　　　　　　　　　　　【区分別科目と併用選択不可】 |
| 　　　 | 　集中治療領域パッケージ　　　 【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連のみ併用選択可能】 |
| 志望理由 | 　　　 |
| 審査料（20,000円） | 院内納付用 | 銀行振込の場合の振込用紙添付欄（コピー） |
| 会計課で納付下さい。領収印 | 審査料振込先：銀行名 スルガ銀行　伊豆長岡支店口座名義 順天堂大学医学部附属静岡病院院長　佐藤　浩一口座番号 普通　５５５６４２受験者本人の名前で振り込んで下さい。また、振込手数料は、ご本人様の負担とさせて頂きます。 |