

(様式4)

令和            年            月            日

## 履 修 免 除 願

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長 佐藤 浩一 殿

申請者氏名： \_\_\_\_\_

私は、以下のとおり、特定行為研修指定教育機関において、既に修了している科目がある為、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請します。

履修済	科目	履修した教育機関名称	修了認定日
	共通科目		年    月    日
	呼吸器(気道確保に係るもの)関連		年    月    日
	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連		年    月    日
	ろう孔管理関連		年    月    日
	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		年    月    日
	創傷管理関連		年    月    日
	創部ドレーン管理関連		年    月    日
	動脈血液ガス分析関連		年    月    日
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連		年    月    日
	感染に係る薬剤投与関連		年    月    日
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		年    月    日
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		年    月    日
			年    月    日
			年    月    日
			年    月    日
	術中麻酔管理領域パッケージ		年    月    日
	救急領域パッケージ		年    月    日
	集中治療領域パッケージ		年    月    日

履修免除を申請する科目の履修済欄に○印をつけること。  
必ず、「修了証」等履修を証明する書類を添付すること。

※は記入しないで下さい。