

(様式1)

※受験番号

受講願書

(社会医療法人ペガサス馬場記念病院 看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

社会医療法人ペガサス
馬場記念病院長

(申込者)

住所

氏名(自署) _____ 印

私は、下記の社会医療法人ペガサス馬場記念病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

<input type="checkbox"/>	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	<input type="checkbox"/>	創部ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	<input type="checkbox"/>	血液ガス分析関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	<input type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	腹腔ドレーン管理関連	<input type="checkbox"/>	感染に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	在宅・慢性期領域パッケージ

* 受講希望に○印をつける