様式１-2

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

　　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

**受　講　願　書**

（**特定行為研修　領域別パッケージコース）**

聖マリアンナ医科大学病院　病院長　殿

　私は、下記の聖マリアンナ医科大学病院　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。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 所属部署  （病棟・ユニット・  センター名） |  |
| 氏名 |  |
| 領域別  パッケージ | （　　　　） 集中治療領域　 ：9区分15行為  （　　　　） 救急領域　　 　：7区分15行為  （　　　　） 循環器領域　　　：8区分20行為  （　　　　） 外科術後病棟管理領域：12区分20行為  （　　　　） 麻酔管理領域　　　：7区分15行為  （　　　　） 在宅・慢性期領域　：5区分5行為  （　　　　） 腎臓・透析領域　　：5区分10行為 | | |

※「看護師特定行為領域」の欄は、**申請される領域の（　　）に**〇を記入してください。

但し、第一希望での履修が不可の場合に他領域でも受講を希望される方は、〇ではなく**受講可能な領域に優先順位を**ご記入ください。

聖マリアンナ医科大学病院　看護師特定行為研修センター