様式第１号

※受付番号：

特定行為研修　受講申込書

(西暦)　　　　　年　　月　　日

 町田市民病院長 殿

私は、町田市民病院における特定行為研修を受講したいため、関係書類を添えて

申請します。

■共通科目

　特定行為研修を修了していない場合は○を記入する。

|  |  |
| --- | --- |
| 科目名 | 受講希望 |
| 共通科目 |  |

■区分別科目

　希望する科目に○を記入する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択番号 | 特定行為区分 | 受講希望 |
| ① | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| ② | ろう孔管理関連 |  |
| ③ | 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 |  |
| ④ | 創傷管理関連 |  |
| ⑤ | 動脈血液ガス分析関連 |  |
| ⑥ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |
| ⑦ | 精神および神経症状に係る薬剤投与関連 |  |

（自署）