　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

受 講 申 請 書

令和　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構新潟病院

特定行為研修管理委員会　様

ふりがな

申請者氏名

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願いたします。

記

受講を希望するコースに〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| コース | 特定行為区分名 |
| A | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連+在宅・慢性期領域 |
| B | 在宅・慢性期領域 |

※欄は記入しないこと