

(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、必要書類を添えてお願いいたします。

記

受講を希望するコースに○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