

特定行為研修受講申請書

令和 年 月 日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長 殿

私は、下記のとおり公立大学法人奈良県立医科大学における特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて申請します。

※希望するコースに○を記入して下さい

受講コース	急性期コース（10区分）	
	慢性期・在宅コース ※全区分受講または、希望区分受講に○を記入する	
		全区分受講（5区分）
		希望区分受講
	※希望区分を選択の場合は希望する区分別科目に○を記入する	
	必須	栄養及び水分管理に係る薬剤投与管理関連
		呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
		ろう孔管理関連
	創傷管理関連	
	血糖コントロールに係る薬剤投与管理関連	

選択区分（PICC）受講を希望する場合、○を記入して下さい（各コースから選択可）

選択区分	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
------	-------------------------------------

※PICCの応募要件は研修修了後、各自施設において継続して相当数の実務経験を積めること

フリガナ

氏名（自署）

印