※受験番号　　　　　　　（記載不要）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式１

**令和6年度**

**看護師特定行為研修受講申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

医療法人社団石鎚会　理事長　石丸 庸介殿

　私は、下記のとおり医療法人社団石鎚会　京都田辺中央病院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いたします。

**＜受講コース＞**

**□オリジナルクラス**

**□集中治療領域コース**

**□在宅・慢性期領域コース**

**□救急領域コース**

**□術中麻酔管理領域コース**

**□選択コース　　栄養に係るカテーテル管理（末梢留置カテーテル中心静脈注射用カテーテル管理）**

　　　　　　　　　　　　　　　　※受講を希望するコースにチェックを入れてください。

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　印