**地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院**

**看護師の特定行為研修　願書**

加古川中央市民病院長　殿

年　　　　　月　　　　　日

　所属施設

　職　　位

　氏　　名

地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 看護師の特定行為研修について、下記のとおり受講を希望いたします。

**特定行為研修受講希望科目**

**共通科目**

　□　全科目の受講を希望する　　 （各科目へのチェックは不要）

　□　一部科目の受講を希望する　（受講を希望する科目にチェックを入れる）

□　臨床病態生理学

□　臨床推論

□　フィジカルアセスメント

□　臨床薬理学

□　疾病・臨床病態概論

□　医療安全学/特定行為実践

**区分別科目** （希望する科目にチェックを入れてください）

　□　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連（必須科目）

　□　呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連

　□　循環器関連

　□　心嚢ドレーン管理関連

　□　胸腔ドレーン管理関連

　□　循環動態に係る薬剤投与関連