|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日※ | 受付番号※ | 受講番号※ |
| ／ |  |  |

特定研様式１

※事務処理欄

**特定行為研修指定研修機関　学校法人埼玉医科大学**

**指定研修機関代表者様**

**受講願書**

**特定行為研修の受講を以下の通り申し込みます。**

**※出願者は太枠内を記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名（自署） |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 |
| 看護師免許番号 | 第　　　　　　　　　　　　　号 |
| 受講区分 | いずれかを一つを選択し□にチェックを入れる  □在宅・慢性期領域パッケージ  □術中麻酔管理領域パッケージ  □外科系基本領域パッケージ  □集中治療領域パッケージ |
| 自宅住所 | 〒　　　－  Tel（自宅）　　　－　　　　－　　　　　（携帯）　　　　－　　　　－  e-mail　　　　　　　　　　　　＠ |
| 所属施設等情報 | 所属施設名： |
| 所属部署名： |
| 所属部署の主たる診療科･専門分野等： |
| 所属施設電話番号　　　　　　－　　　　－　　　　　（内線　　　　　） |

【所属する施設の長または看護部門責任者の推薦】

上記の者は看護実務経験が5年以上であることを認め、特定行為研修受講者として推薦します。

**推薦者の職位**

**推薦者氏名（自署）**

※提出いただいた個人情報は、本研修の運営目的にのみ使用いたします。