|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　免許番号　第　　　　　号（登録年月日　昭和・平成　　年　　月　　日） |
| 特定行為研修 | 　修了年月日（複数ある場合は初回の年月日）　平成・令和　　年　　月　　日 |
| 受講区分 | 希望する区分を選択し□にチェックを入れる□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□動脈血液ガス分析関連（直接動脈穿刺法による採血）□動脈血液ガス分析関連（橈骨動脈ラインの挿入）□血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |
| 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】

上記の者を、特定行為研修受講者として自信をもって推薦いたします。

**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。