

受験番号：

# 受講申請書

西 暦 年 月 日

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

院長 山中 忠太郎 殿

氏 名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

現住所 〒 \_\_\_\_\_

私は、公益財団法人 天理よろづ相談所における看護師特定行為研修を受講  
したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

希望する コースに ○を記入	コース名	区分別	A・D 希望者 は選択科目 希望区分に ○を記入
	<u>A. 創傷管理</u>	必須科目 (3 区分) のみ	
		選択   腹腔ドレーン管理関連	
	<u>B-1. 病棟 I 群</u>		
	<u>C. 在宅・慢性期</u>		
	<u>D. カテーテル管理</u>		
	<u>D. 基本</u> 専門・認定看護師対象	必須科目 (1 区分) のみ	
		選択   中心静脈カテーテル管理関連	
		選択   末梢型留置カテーテル管理関連	
		選択   動脈血液ガス分析関連	