

看護師特定行為研修受講申請書

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 東京都立病院機構
東京都立墨東病院 院長 殿

ふりがな
氏名（自署）：
職員番号：
（法人内職員のみ）

私は、下記の東京都立墨東病院看護師特定行為研修を受講したく、関係書類を添えてお願いいたします。

記

| 共通科目 | 受講を希望する ・ 受講をしない | |
|-------|---|----------|
| 区分別科目 | 区分別行為名 | 希望する行為に○ |
| | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | |
| | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | |
| | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | |
| | 循環器関連 | |
| | ろう孔管理関連 | |
| | 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | |
| | 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 | |
| | 創傷管理関連 | |
| | 動脈血液ガス分析関連 | |
| | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | |
| | 感染に係る薬剤投与関連 | |
| | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | |
| | 循環動態に係る薬剤投与関連 | |

※当院または当院以外の指定研修機関において共通科目および履修している特定行為がある者は、履修免除の対象となるため「研修修了証」の写しを添付すること。