

(様式1)

※受験番号	
-------	--

受講申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
長崎医療センター
看護師特定行為研修センター長様

申請者氏名 (ふりがな)

自署 _____ 印

私は、看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて出願いたします。

記

以下のいずれかに○をつけてください

募集区分	指定募集	・	一般募集
------	------	---	------

以下の区分すべてを受講

特定行為区分名
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
栄養および水分管理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

※欄は記入しないこと。