

志 願 書

西暦 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の大阪大学医学部附属病院看護師特定行為研修に志願したく、関係書類を添えて申請いたします。

記

※ 受講を希望する特定行為区分又は領域別パッケージにチェックをすること。

【特定行為区分】

<input type="checkbox"/>	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	胸腔ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	腹腔ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	ろう孔管理関連
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	創部ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連
<input type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	感染に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	術後疼痛管理関連
<input type="checkbox"/>	循環動態に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	創傷管理関連 *

* の区分は厚生労働省に開設申請中のため開講予定が変更となる可能性があります。

【領域別パッケージ】

<input type="checkbox"/>	術中麻酔管理領域パッケージ
<input type="checkbox"/>	救急領域パッケージ

申請者氏名（自署）