

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"/>	創傷管理関連
<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

【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

臨地実習施設について該当するものにチェックをすること。

※連携施設で実施する場合は施設名もご記入下さい。

自施設で実施 連携施設で実施 施設名 _____

申請者氏名（自署） _____