|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**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】 | |
| □ | 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 |
| □ | 胸腔ドレーン管理関連 |
| □ | 腹腔ドレーン管理関連 |
| □ | 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 |
| □ | 創部ドレーン管理関連 |
| □ | 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 |
| □ | 術後疼痛管理関連 |
| □ | 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| □ | 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】 | |
| □ | 術中麻酔管理領域パッケージ |
| □ | 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）