琉球大学病院看護師特定行為研修用

受験者番号：

（様式１）

受 講 願 書

（琉球大学病院 看護師特定行為研修）

年 月 日

琉球大学病院長 殿

（申込者） 住 所：

氏 名（自署）：

私は、下記の琉球大学病院看護師特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて

提出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **特定行為区分** | **受講希望****に「○」** |
| １ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連**（必須）** |  |
| ２ | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |
| ３ | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| ４ | 動脈血液ガス分析関連 |  |
| ５ | 創部ドレーン管理関連 |  |
| ６ | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |
| ７ | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |  |
| **＜領域別パッケージ研修＞** |
| ８ | 救急領域 |  |

① 「共通科目」及び「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」は必修となっているため、必ず履修する。

② 区分別科目は「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を除き、一度に選択できる区分は二区分に限る。

③ 領域別パッケージ研修を選択する場合、他の区分別科目との併願はできない。