様式１

受験番号

記入日：西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

**2026年度**

**看護師特定行為研修受講申請書**

社会福祉法人済生会支部

神奈川県済生会横浜市南部病院　院長　殿

私は、下記の済生会横浜市南部病院特定行為研修の受講をしたく、関係書類を添えて出願いたします。

【申込書】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | （院内のみ）  職員番号 |  |
| 氏名 |  | |
| 受講希望の  区分別科目  に〇を記載 | 〇 | 栄養及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　　　　　　（必須） | | |
|  | 動脈血液ガス分析関連 | | |
|  | 術後疼痛管理関連 | | |
|  | 栄養に係るカテーテル管理（PICC）※院内生のみ | | |
| 出願理由 |  | | | |

※「栄養及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」修了者は既修得科目履修免除申請書を提出してください。