

※受験番号：

※受験番号は事務局で記載いたします

受講願書

記入日： 年 月 日

社会医療法人天神会 新古賀病院

院長 川崎 友裕 殿

住所：

氏名（自署）： _____ (印)

私は、下記の社会医療法人天神会新古賀病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

◎希望する区分に✓を記入して下さい。

- 在宅・慢性期領域パッケージ
- 術中麻酔管理領域パッケージ
- 集中治療領域パッケージ
- 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
- 循環器関連
- 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
- 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