（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**受　講　申　請　書**

　西暦　　　年　　月　　日

社会医療法人近森会　近森病院

理事長　殿

(自署)　　　　　　　　　　　　 印

私は、貴院の下記の看護師特定行為研修を受講したいので、必要書類を添えて

出願いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| № | 受講コース |
| Ⅰ. | 栄養コース |
| Ⅱ. | 創傷コース |
| Ⅲ. | 術後コース（外科術後病棟管理領域パッケージ研修） |
| Ⅳ. | 麻酔コース（術中麻酔管理領域パッケージ研修） |
| Ⅴ. | 救急コース（救急領域パッケージ研修） |

以　上

＊ 受講を希望するコース選択No.に○印を付すこと。

 　 ＊ ※欄は記入しないこと。