

(様式1)

※受験番号

## 受講申請書

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構  
四国こどもとおとなの医療センター  
看護師特定行為研修センター長 様

ふりがな  
申請者氏名  
(自署)

私は、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

| 募集区分        | 指定募集 | 一般募集 |
|-------------|------|------|
| 共通科目の履修免除希望 | 有    | 無    |

(該当する方に○をして下さい。)

| 受講コース | 受講内容   |
|-------|--|
| A     | 呼吸器(気道確保に係るもの)関連<br>呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連<br>呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 |
| B     | 呼吸器(気道確保に係るもの)関連   |
| C     | 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連   |
| D     | 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連   |

(希望する受講コースのいずれかに○をして下さい。)

\* ※欄は記入しないこと