

様式 1

(※は松江赤十字病院記入欄)

※申込番号

## 受講申込書

令和 年 月 日

松江赤十字病院

院長 大居 慎治 様

ふりがな

申請者氏名 (自署)

私は、下記の松江赤十字病院特定行為研修を受講したいので、関係書類を添えて出願します。

### 記

受講したい特定行為区分に○をつけてください

区分 NO.	特 定 行 為 区 分 名
1	呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連
2	呼吸器 (人工呼吸器に係るもの) 関連
3	呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連
4	動脈血ガス分析関連
5	創傷管理関連
6	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
7	感染に係る薬剤投与関連
8	血糖コントロールに係る薬剤投与関連

\* 複数区分の受講可