

| | |
|--------|--|
| * 受付番号 | |
|--------|--|

受講希望区分別科目申請書

福島県立医科大学長 様

(出願者が記名捺印)

令和 年 月 日

所属施設名

氏名

(印)

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願するにあたり、次の特定行為区分または領域別パッケージの受講を希望します。

また、臨床実習を行う施設についても、あわせて次のとおり希望します。

(施設長または所属長(看護部長等)が記名捺印)

令和 年 月 日

所属施設名

職位

氏名

(印)

本施設に所属する上記の者が、福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講を出願することについて同意します。また、次の情報についても相違ありません。

- ・ 受講を希望する特定行為区分または領域別パッケージ
- ・ 臨床実習を行う施設の希望 (所属施設等での実習を希望する場合は、施設情報を含む)

| 特定行為区分 | ※該当する区分に「○」を記入 | 臨床実習を希望する施設 | |
|-------------------------|----------------|------------------|-------|
| | | 会津医療センター 附属病院 | 所属施設等 |
| 1. 呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連 | ○ | / | |
| 2. 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連 | ○ | / | |
| 3. 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連 | ○ | / | |
| 4. 循環器関連 | ○ | / | |

| 特定行為区分 | ※該当する区分に「○」を記入 受講希望区分 | 臨床実習を希望する施設 | |
|----------------------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| | | 会津医療センター 附属病院 | 所属施設等 |
| 5. 胸腔ドレーン管理関連 | | | |
| 6. 腹腔ドレーン管理関連 | | | |
| 7. ろう孔管理関連 | | | |
| 8. 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 | | | |
| 9. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 | | | |
| 10. 創傷管理関連 | | | |
| 11. 創部ドレーン管理関連 | | | |
| 12. 動脈血液ガス分析関連 | | | |
| 13. 透析管理関連 | | | |
| 14. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | | | |
| 15. 感染に係る薬剤投与関連 | | | |
| 16. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | | | |
| 17. 術後疼痛管理関連 | | | |
| 18. 循環動態に係る薬剤投与関連 | | | |
| 19. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | | | |
| 20. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | | | |

| 領域別パッケージ | ※該当する領域に「○」を記入 受講希望領域 | 臨床実習を希望する施設 | |
|--------------|--------------------------|------------------|-------|
| | | 会津医療センター 附属病院 | 所属施設等 |
| 21. 術中麻酔管理領域 | | | |
| 22. 在宅・慢性期領域 | | | |