

|      |      |
|------|------|
| 受験番号 | 記載不要 |
|------|------|

# 受講願 書

社会医療法人渡邊高記念会  
医療人材開発センター長 殿

私は、下記の社会医療法人渡邊高記念会 医療人材開発センター特定行為研修を受講したいので、ここに関係書類を添えて申請いたします。

受講を希望する区分 (最大 10 区分まで) もしくは領域別パッケージに☑をしてください。  
※領域別パッケージを選択し、他の区分も受講されたい方は特定行為区分に☑をしてください。

| 特定行為区分名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 領域別パッケージ名                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連<br><input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連<br><input type="checkbox"/> 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連<br><input type="checkbox"/> 循環器関連<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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）関連<br><input type="checkbox"/> 創傷管理関連<br><input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連<br><input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連<br><input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連<br><input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連<br><input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連<br><input type="checkbox"/> 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | <input type="checkbox"/> 在宅・慢性期領域<br><input type="checkbox"/> 術中麻酔管理領域<br><input type="checkbox"/> 救急領域<br><input type="checkbox"/> 集中治療領域。 |

西暦                      年                      月                      日

ふりがな  
氏 名(自署)