（様式１）

※受験番号

　　　　　　　　　　　　　　　※印欄には記入しないでください。

**2024年度　藤田医科大学保健衛生学部**

**臨床看護研修センター**

**看護師特定行為研修（後期）　志願書**

西暦　　　　年　　月　　日

臨床看護研修センター長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

志願者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、下記の藤田医科大学保健衛生学部臨床看護研修センター特定行為研修を受講したく、関係書類を添えて出願いたします。

志願する受講コースの欄に〇を記入する

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望 | 受講コース名 |
|  | 外科術後病棟管理領域パッケージ |
|  | 術中麻酔管理領域パッケージ |
|  | 集中治療領域パッケージ |
|  | 救急領域パッケージ |
|  | 急性期・外科病棟管理モデル |
|  | 慢性期病棟・創傷管理モデル |
|  | 感染症管理モデル |
|  | 透析管理モデル |
|  | 基本モデル |