

(様式1)

※受験番号	
-------	--

# 受講願書

(社会医療法人天神会新古賀病院看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

医療法人天神会  
新古賀病院長 林 明宏

(申込者)

住所

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の社会医療法人天神会新古賀病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

◎希望する講義に☑を記入して下さい。

- 動脈血液ガス分関連
- 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- 感染に係る薬剤投与関連
- 血糖コントロールに係る薬剤投与関連