様式 1

社会医療法人天神会　新古賀病院　特定行為研修センター

※受験番号：

受　講　願　書

年　　月　　日

社会医療法人天神会　新古賀病院

院長　川崎友裕　殿

住所：

氏名：　　㊞

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

◎希望する特定行為区分に☑を記入して下さい。

☐ 動脈血液ガス分析関連　　☐ 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