

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：

※受験番号は事務局で記載いたします

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（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。

◎希望する区分に✓を記入して下さい。

- ☐ 在宅・慢性期領域パッケージ
- ☐ 術中麻酔管理領域パッケージ
- ☐ 集中治療領域パッケージ
- ☐ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
- ☐ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
- ☐ 循環器関連
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 術後疼痛管理関連
- ☐ 循環動態に係る薬剤投与関連