

※受験番号：

志 願 理 由 書

年 月 日

氏名：

○希望の特定行為区分のチェックボックスに☑を入れて下さい。

- | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅・慢性期領域パッケージ | <input type="checkbox"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | <input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析関連 |
| <input type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | <input type="checkbox"/> 感染に係る薬剤投与関連 |
| <input type="checkbox"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | <input type="checkbox"/> 術後疼痛管理関連 |
| <input type="checkbox"/> 循環動態に係る薬剤投与関連 | |

研修の志願理由および研修修了後の抱負について記入してください。