

※受験番号

記入日： 年 月 日

## 令和 8 年度 特定行為研修受講申請書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院長 殿

施設名：

氏 名： ㊦

私は、下記のとおり国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 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。

## 記

\*受講を希望する受講希望欄に○をつけてください。

	A	B	C	D
モデル/ パッケージ	クリティカル ケアモデル	創傷ケア モデル	PICC モデル	術中麻酔 パッケージ
受講希望欄				

## &lt;追加オプション&gt;

\*共通科目履修者のみ追加できます。

受講希望欄	特定行為区分
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）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
	創傷管理関連
	動脈血液ガス分析関連
	透析管理関連
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連