様式１

※受験番号

記入日：　　　　年　　月　　日

令和7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 |
|  | モデルコース | 基本モデル | クリティカルケアモデル | 創傷ケアモデル |
|  | 共通科目 | ◎ | ◎ | ◎ |
| 特定行為区分 | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）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 | ○ | ○ | ○ |
|  | 受講希望欄 |  |  |  |

＜追加オプション＞

\*共通科目履修者または基本モデル選択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 |
|  | 創傷管理関連 |
|  | 動脈血液ガス分析関連 |
|  | 透析管理関連 |

※※欄は記入しないでください