

※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			

## &lt;追加オプション&gt;

\*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