

※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<br>ケアモデル | 創傷ケア<br>モデル |
|                | 共通科目               | ◎     | ◎               | ◎           |
| 特定<br>行為<br>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             |