

受付番号：

受 講 申 請 書

公益財団法人 星総合病院

理事長 星 北斗 殿

私は、公益財団法人 星総合病院における看護師特定行為研修を受講いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

- 【受講希望区分】
- ろう孔管理関連
 - 創傷管理関連
 - 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
 - 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
 - 感染に係る薬剤投与関連

令和 年 月 日

所属施設名

氏名 (自署)

印